

Evolución Histórica



Evolución Histórica

La historia comprendida para conocer el desarrollo a lo largo del tiempo de la enfermería la podemos seccionar en 4 etapas:

Etapa domestica



Etapa vocacional
del cuidado/
Religiosa.



Etapa técnica del
cuidado



Etapa profesional
del cuidado

Etapa Domestica

Prehistoria

Las enfermedades se trataban con hierbas en manos de curanderos
La mujer era la encargada de alimentar y cuidar a los enfermos, dar asistencias en partos y cuidar los niños
Se consideraba a la enfermedad como ocasionada por espíritus existentes en el entorno o naturaleza
Los elementos para el cuidado era de la naturaleza: Higiene=agua, Abrigo=pieles, Alimentación=plantas, Bienestar=Contacto físico, caricia.
El sanador o hombre primitivo como actor principal no encontraba causas lógicas al enfermar relacionándolo con lo **sobrenatural**.
Chaman, curandero, brujo, etc.

Etapa Domestica

Prehistoria

Los **Egipcios** tenían gran conocimiento del cuidado: técnicas de seguimiento para control en higiene de alimentos o establecimientos.

La enfermedad en las civilizaciones como Babilonia, el antiguo Egipto, sumerios, asirios y demás de la época ahora le daban un significado religioso, donde las enfermedades eran consideradas un castigo.

Hallazgos Importantes:

- Papiro de Ebers : Enfermedades internas, de los ojos, dientes, de la piel y las extremidades.
- Papiro de Edwin Smith: Contenido quirùrgico (heridas, fracturas, vendajes)

Etapa Domestica

Edad Antigua – 3.500 A.C

Grecia: La enfermedad es tratada como un desequilibrio

Roma: La profesión médica es legislada y se crean los hospitales militares y escuelas médicas.

- Surgen los nosocomis (Orden de enfermeros militares que atendían heridos de guerra)

Palestina: Debora primera enfermera y matrona de la época antigua.

India: Primeras cirugías mayores

China: La naturaleza está regida por la dualidad básica; **Yin** (oscuro, negativo y femenino) **Yan** (claro, positivo y masculino) consiste en un desequilibrio entre estos.

Etapa vocacional

Inicio del mundo cristiano

La enfermedad era producto del pecado y para librarse de las dolencias debían sanar su alma con sacrificio y oración.

Existencia de congregaciones y órdenes al cuidado del enfermero, primero fueron las mujeres: **diaconisas, viudas, vírgenes y matronas.**

Destacan hospitales de campaña creados según las necesidades de los ejércitos militares participantes de las cruzadas.

- Caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén
- Caballeros teutónicos
- Caballeros de San Lázaro: Encargados de atender enfermos con lepra

Se construyen hospitales anexados a los conventos.

En esta etapa nacen los asilos para ancianos y leprosarios.

Es el primer antecedente cristiano del **"enfermero varón"**

Etapa técnica – Enfermería moderna

La época oscura de la enfermería

Entre los años 1500 y 1860 la enfermería tuvo su peor momento , la idea predominante era que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual , con un progreso científico que se consideraba innecesario.

La contradicción entre los protestantes y el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

El pastor Theodor Flieder abrió un pequeño hospital con una escuela de formación de diaconisas que duraba 3 años.

El programa incluía :

- Rotación por servicios clínicos hospitalarios , formación de enfermería domiciliaria
- Aprendizaje teórico-práctico
- Conocimiento de ética , doctrina religiosa y farmacia.

Enfermería Contemporánea **Consolidación de la enfermería como profesión**

La revolución de Florence Nightingale (1853-1874)

Grandes avances de química, física, medicina y ciencia

La iglesia se separa del Estado, enfermeras Laicas remuneradas

Contribución fundamental e importante de La Dama de la lámpara y su contribución a la Enfermería.

En la etapa contemporánea de la humanidad, el conocimiento para la enfermería crece.

Durante esta etapa, concurre un conflicto bélico de gran importancia para la historia de la enfermería: la guerra de Crimea, que tuvo lugar entre 1853 y 1856.

Aquí entra en acción una enfermera que ayudará a encauzar la enfermería a los modelos que tenemos actualmente. Florence Nightingale.

Pionera de la profesionalización.

Etapas profesionales – Enfermería actual

- El mundo actual establece la salud como un derecho.
- Existen grandes avances en diversas áreas.
- Las continuas reformas y nuevas competencias en salud mejoraron de forma significativa como se prestan los cuidados y donde.
- Los servicios de hospitalización a domicilio o los cuidados paliativos humanizan más la profesión. La atención primaria de salud pasa a ser atención integral de salud.
- Se ofertan diversos programas de estudios para la especialización de la enfermería que facilita la labor de investigación y consecuentemente el desarrollo de la profesión.

Teoría del entorno de Florence Nightingale



Teoría de entorno

La teoría del entorno de Florence Nightingale dio las bases para la enfermería moderna

- Fue una de las primeras en establecer esta hipótesis en el área de la enfermería, que promovía la higiene del cuerpo humano para mantenerlo sano y libre de enfermedades.
- Los primeros planteamientos de los que se tiene registro se remontan a 1853, cuando fue enfermera voluntaria en la guerra de Crimea (1853-54). Allí, Nightingale recorrió hospitales de heridos en donde pudo ver sus condiciones de higiene y limpieza.
- Esta teoría incluye e involucra todas esas variables del entorno que pueden influir en la salud de un paciente. Así, se está controlando todo aquello que de alguna manera puede ayudar o no a que un enfermo mejore.

Teoría de entorno

La teoría del entorno de Florence Nightingale dio las bases para la enfermería moderna

- El fundamento de su teoría es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo.
- Definió y describió los conceptos de **ventilación, calidez, luz, dieta, limpieza y ruido**, componentes del contexto, habitualmente referido como entorno.
- Nightingale incluyó los conceptos de tranquilidad y dieta en su teoría. Se pedía a la enfermera que evaluara la necesidad de tranquilidad e interviniera para mantenerla si era necesario. Evitar el ruido y valor la ingesta de alimentos.

Consideró tres tipos de entorno:

Entorno físico: constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado (ventilación, temperatura, higiene... e influye en otros entornos).

Entorno psicológico: puede verse afectado por un entorno físico negativo y crear estrés. Requiere de varias actividades para mantener la mente activa: trabajo manual, alimentación adecuada y entorno físico agradable. La comunicación debe ser la terapéutica, tranquila y sin prisas.

Entorno social: implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma. Incluye componentes del entorno físico (aire limpio, agua y eliminación adecuada). Está constituido por la casa de una persona o habitación de un hospital, así como la comunidad donde vive.

Metaparadigma – Principales premisas

Enfermería: Nightingale consideraba que la mujer en algún momento de su vida ejercería la enfermería ya que consistía en ser responsable de la salud de los otros. Colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad y una dieta adecuada.

Persona: La persona era el paciente con atención individualizada, paciente era pasivo en esta relación enfermera-paciente, aplicando el autocuidado cuando fuera posible.

Entorno: "condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona". Puede ser físico, psicológico o social.

Salud: "bienestar mantenido gracias a la utilización de todas las capacidades de la persona; la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza"

Florence Nightingale es reconocida como la impulsora de la Enfermería profesional organizada. ¿Cuál de los siguientes hitos históricos está relacionado con este personaje?

Respuestas:

- La Guerra de Crimea.
- Guerra Civil española.
- Las cruzadas de la Edad Media.
- Edad Antigua

Florence Nightingale es reconocida como la impulsora de la Enfermería profesional organizada. ¿Cuál de los siguientes hitos históricos está relacionado con este personaje?

Respuestas:

- **La Guerra de Crimea.**
- Guerra Civil española.
- Las cruzadas de la Edad Media.
- Edad Antigua

Seleccione el supuesto que guarda relación con la teoría planteada por Florence Nightingale:

Respuestas:

- Un entorno sano y favorable influye en el estado de salud físico y psíquico del hombre.
- Los métodos de asistencia deben basarse en la relación de ayuda y/o de suplencia de enfermería hacia el paciente.
- La enfermería es un proceso terapéutico interpersonal, que hace posible la salud.
- Los factores cognitivo-perceptivos motivan las actividades de promoción de la salud.

Seleccione el supuesto que guarda relación con la teoría planteada por Florence Nightingale:

Respuestas:

- Un entorno sano y favorable influye en el estado de salud físico y psíquico del hombre.

- Los métodos de asistencia deben basarse en la relación de ayuda y/o de suplencia de enfermería hacia el paciente.
- La enfermería es un proceso terapéutico interpersonal, que hace posible la salud.
- Los factores cognitivo-perceptivos motivan las actividades de promoción de la salud.

Durante la visita domiciliar a pacientes de la comunidad, usted detecta una familia con poco acceso a servicios básicos como luz, agua, alcantarillado, lo que dificulta mantener un entorno saludable para su recuperación. Su intervención debe basarse en un modelo de Enfermería. ¿Qué teorizante utilizaría para este caso?

Respuestas:

- Florence Nightingale.
- Nola Pender.
- Virginia Herderson.
- Hildegart Peplau.

Durante la visita domiciliar a pacientes de la comunidad, usted detecta una familia con poco acceso a servicios básicos como luz, agua, alcantarillado, lo que dificulta mantener un entorno saludable para su recuperación. Su intervención debe basarse en un modelo de Enfermería. ¿Qué teorizante utilizaría para este caso?

Respuestas:

- **Florence Nightingale.**

- Nola Pender.
- Virginia Herderson.
- Hildegart Peplau.

Paciente de Género: Mujer, Edad: 45 años, Antecedentes clínicos: Hipertensión y diabetes tipo 2, Signos y síntomas: Fatiga persistente, dificultad para dormir, heridas que tardan en sanar. La paciente reporta un ambiente de vida con mala ventilación y problemas de higiene en su hogar. Vive en un vecindario con alta contaminación ambiental y tiene acceso limitado a agua potable. Basado en la teoría del entorno de Florence Nightingale, ¿cuál sería la primera acción que debería tomar el profesional de salud para mejorar la situación de la paciente?

Respuesta

- a) Asegurar que la paciente reciba un suplemento nutricional adecuado.
- b) Recomendar la mejora de la ventilación y la higiene en el hogar de la paciente.
- c) Prescribir un antibiótico para las heridas que no sanan.?

Paciente de Género: Mujer, Edad: 45 años, Antecedentes clínicos: Hipertensión y diabetes tipo 2, Signos y síntomas: Fatiga persistente, dificultad para dormir, heridas que tardan en sanar. La paciente reporta un ambiente de vida con mala ventilación y problemas de higiene en su hogar. Vive en un vecindario con alta contaminación ambiental y tiene acceso limitado a agua potable. Basado en la teoría del entorno de Florence Nightingale, ¿cuál sería la primera acción que debería tomar el profesional de salud para mejorar la situación de la paciente?

Respuesta

- a) Asegurar que la paciente reciba un suplemento nutricional adecuado.
- b) Recomendar la mejora de la ventilación y la higiene en el hogar de la paciente.**
- c) Prescribir un antibiótico para las heridas que no sanan.?

La teoría del entorno de Florence Nightingale, el entorno físico del paciente es crucial para su recuperación y bienestar. Nightingale destacó la importancia de la ventilación adecuada, la limpieza, la luz natural y el acceso a agua limpia.

En este caso, la paciente presenta heridas que no sanan y reporta vivir en un ambiente con mala ventilación y problemas de higiene. Mejorar estas condiciones se alinearía directamente con las recomendaciones de Nightingale para promover un entorno saludable que facilite la recuperación del paciente. Aunque los suplementos nutricionales y los antibióticos pueden ser útiles, abordar primero el entorno deficiente ayudará a resolver la causa subyacente de sus problemas de salud.

Caracterización de la profesión: roles, funciones y campos de actuación



Caracterización de la profesión

Roles de Enfermería



Rol Asistencial

Cuidados directos con el paciente, atención clínica, se instrumenta a través del Proceso de Atención en Enfermería

Funciones

Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.

Realizar y controlar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.

Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en los individuos, la familia y la comunidad.

Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.

Ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable

Administración de medicamentos, fluidoterapia, cambio de turno, constantes vitales extracción de muestras etc.

Rol Docente

Conocimiento amplio de la profesión que se imparte para formación, en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia.

Funciones

Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente.

Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.

Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.

Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.

Desarrollar actividades formativas en los estudiantes, cumpliendo el papel de educador.

Rol Administrativo

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

Funciones

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participación en acciones multidisciplinarias entre niveles de atención de salud
- Dirección de los equipos de atención de salud.
- Administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención.
- Gestión de los servicios prestados

Rol Investigativo

Se logra a través de este rol la generación de mayor conocimiento en la profesión en el campo comunitario, efectividad de procedimientos, nuevas técnicas, etc.

Funciones

Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud.
Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud
Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos
Participación en la normalización y aplicación de nuevas técnicas eficientes.

Campo de actuación

El campo de actuación de la carrera de enfermería son muy variados, desde los más específicos que solo están centrados en el cuidado general hasta cuidado más especializados que permite dar mayor atención en salud de calidad en hospitales y centros de salud.

-Atención en los diferentes niveles de atención:

Enfermería comunitaria: Enfocada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en comunidades, trabajando en programas de salud pública o campañas de educación sanitaria.

-Especialidades clínicas: Áreas específicas como pediatría, geriatría, cuidados intensivos, salud mental, oncología, cuidados quirúrgicos, familiar y comunitaria, obstétrica.

Campo de acción de los Equipos de Salud

Nivel Epidemiológico

Permite construir la base del perfil epidemiológico como herramienta fundamental para mantener la salud.

Nivel de Enfermedad

Identifica quien requiere atención y oportunamente decidir la acción a realizar.

Nivel Familiar y Comunitario

Explora, identifica y reconoce las inequidades y las desigualdades diferenciales por factores étnicos, culturales, de género y socioeconómicos generando estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud

Nivel Social

Contribuye al desarrollo social de la localidad promoviendo familias sanas que participen activamente en la construcción y conservación de espacios saludables .

La función de la gestión de enfermería comunitaria, que trata de asegurar que su trabajo responda en forma sistemática, racional y ordenada a las necesidades de la comunidad asegurando el uso adecuado de los recursos, corresponde a:

Respuestas:

- Administrativa.
- Investigadora.
- Asistencial.
- Educador.

La función de la gestión de enfermería comunitaria, que trata de asegurar que su trabajo responda en forma sistemática, racional y ordenada a las necesidades de la comunidad asegurando el uso adecuado de los recursos, corresponde a:

Respuestas:

- **Administrativa.**
- Investigadora.
- Asistencial.
- Educador.

Paciente de Género: Mujer, Edad: 35 años, Antecedentes clínicos: Diabetes tipo 2, hipertensión, Signos y síntomas: Aumento de peso reciente, niveles elevados de glucosa en sangre, fatiga. La paciente llega a la consulta preocupada por su reciente aumento de peso y niveles elevados de glucosa en sangre. Menciona que ha tenido dificultades para seguir su dieta y rutina de ejercicio debido a su apretada agenda de trabajo y responsabilidades familiares. Basado en los roles de enfermería, ¿cuál sería la intervención más efectiva para ayudar a la paciente a manejar mejor su diabetes?

- a) Prescribir un nuevo medicamento para el control de la glucosa.
- b) Proporcionar a la paciente un plan detallado de dieta y ejercicio personalizado.
- c) Programar citas semanales para monitorear el peso y la glucosa de la paciente.?

Caracterización de la profesión

Paciente de Género: Mujer, Edad: 35 años, Antecedentes clínicos: Diabetes tipo 2, hipertensión, Signos y síntomas: Aumento de peso reciente, niveles elevados de glucosa en sangre, fatiga. La paciente llega a la consulta preocupada por su reciente aumento de peso y niveles elevados de glucosa en sangre. Menciona que ha tenido dificultades para seguir su dieta y rutina de ejercicio debido a su apretada agenda de trabajo y responsabilidades familiares. Basado en los roles de enfermería, ¿cuál sería la intervención más efectiva para ayudar a la paciente a manejar mejor su diabetes?

- a) Prescribir un nuevo medicamento para el control de la glucosa.
- b) Proporcionar a la paciente un plan detallado de dieta y ejercicio personalizado.**
- c) Programar citas semanales para monitorear el peso y la glucosa de la paciente.?

El rol educativo de enfermería se centra en capacitar a los pacientes para que tomen un papel activo en el manejo de su salud. Al proporcionar un plan detallado de dieta y ejercicio personalizado, el enfermero está equipando a la paciente con las herramientas y el conocimiento necesario para hacer cambios positivos en su estilo de vida. Esto es crucial para el control de la diabetes tipo 2.

Aunque los otros dos enfoques pueden ser útiles, la educación sobre la dieta y el ejercicio aborda directamente las causas subyacentes de sus síntomas actuales y empodera a la paciente para hacer cambios sostenibles en su rutina diaria.

Virginia Henderson

Virginia Henderson considera la persona como un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila. Contempla al ser humano con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y que necesita ayuda para su independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias



Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.

Modelo de Virginia Henderson - 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno

14 necesidades de Virginia Henderson

8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y usar los recursos disponibles

Aspectos que limitan el desarrollo de potencial

–**Fuerza física:** alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (Poder hacer). Hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.

–**Fuerza psíquica:** se refiere a la capacidad sensoperceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer). Habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.

Aspectos que limitan el desarrollo de potencial

- Voluntad:** es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (querer hacer). Existe falta de voluntad cuando la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.
- Conocimientos:** alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (Saber qué hacer y cómo hacerlo). Existe falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

Identificó tres niveles de **relaciones enfermera-paciente** en los que la enfermera actúa como:

1. sustituta del paciente
2. colaboradora para el paciente y
3. compañera del paciente.

A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe **«meterse en la piel»** de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan.

Conceptos

Enfermera como sustituta. Es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

“La enfermera lo hace por él, es sustituta de todo lo que necesita el paciente.”

Enfermera como ayudante. La enfermera lo hace con él. En situaciones de convalecencia, ayuda al paciente a adquirir su independencia o a recuperarla.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

“La enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados y ambos colaboran, la enfermera supervisa.”

Independencia. Estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia. Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía. Capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma. **No hay autonomía cuando:**

- Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas.
- Ha perdido temporal o definitivamente, en su totalidad o parcialmente, la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas.

Metaparadigma

Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia.

Entorno: Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente.

Enfermería: La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Paciente: María, una mujer de ochenta años, con antecedentes de artritis reumatoide y osteoporosis. Al ingresar a la consulta, presenta dolor intenso en las articulaciones, dificultad para moverse y una caída reciente que resultó en una fractura de cadera. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que María tiene movilidad limitada, signos de inflamación en las articulaciones y necesita ayuda para realizar actividades diarias básicas. ¿Según la teoría de Virginia Henderson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de María?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la administración de medicamentos para el dolor.
- b) Ayudar al paciente a moverse de manera segura y prevenir nuevas caídas.
- c) Brindar apoyo emocional para mejorar su bienestar psicológico.

Paciente: María, una mujer de ochenta años, con antecedentes de artritis reumatoide y osteoporosis. Al ingresar a la consulta, presenta dolor intenso en las articulaciones, dificultad para moverse y una caída reciente que resultó en una fractura de cadera. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que María tiene movilidad limitada, signos de inflamación en las articulaciones y necesita ayuda para realizar actividades diarias básicas. ¿Según la teoría de Virginia Henderson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de María?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la administración de medicamentos para el dolor.
- b) **Ayudar al paciente a moverse de manera segura y prevenir nuevas caídas.**
- c) Brindar apoyo emocional para mejorar su bienestar psicológico.

Según la teoría de Virginia Henderson, uno de los componentes fundamentales o necesidades del paciente en el cuidado de enfermería es ayudar al paciente a moverse y mantener una postura adecuada. Dada la condición de María, que incluye una fractura reciente y movilidad limitada, es esencial priorizar su seguridad y prevenir nuevas caídas, lo que implica asistirle en su movilidad y asegurarse de que su entorno sea seguro para evitar más lesiones.

Teoría del déficit del autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

- **La teoría de autocuidado**, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- **La teoría del déficit de autocuidado**, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
- **La teoría de sistemas enfermeros**, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Teoría del Autocuidado

"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

Teoría del autocuidado

Requisitos del autocuidado: Son una serie de acciones, objetivos o resultados que el individuo debería alcanzar o realizar para mantener su autocuidado. Define tres tipos de RAC:

1. **Universales:** Comunes en todos los individuos, forman parte de la condición vital de la persona.
2. **De desarrollo:** Derivados de las necesidades específicas y que están relacionados con los distintos momentos del ciclo vital
3. **De las desviaciones del estado de salud**

Orem dice que, no todos los individuos van a tener las mismas demandas de autocuidado ni capacidades para cubrirlos debido a **Factores Condicionantes Básicos** (FCB): edad, sexo, estado de desarrollo, salud, factores ambientales, factores familiares, factores socioculturales, patrón de vida/rol, factores del sistema de salud y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Requisitos del autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviación de la salud
Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos.	A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta.	Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología
Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social.		Atención a los resultados del estado patológico
Proporción de cuidados asociados con la eliminación		Terapia médica para prevenir o tratar la patología
Prevención de peligros.		Atención a los efectos molestos

Requisitos del autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviación de la salud
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad.	B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal.	Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados
Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social.		Aprender a vivir con la patología

Teoría del déficit del autocuidado

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

Dorothea E Orem usa la palabra **agente de autocuidado** para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. **La agencia de autocuidado** es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidad de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita.

Teoría de los sistemas enfermeros

Secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados.

Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Educativo de apoyo
Realiza el autocuidado	Realiza algunas de las medidas de autocuidado	Realiza el cuidado terapéutico del paciente
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado	Compensa las limitaciones del paciente	Compensa la capacidad del paciente para realizar el autocuidado
	Ayuda al paciente en lo que necesite	Apoya y protege al paciente
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar a hacer al otro

Paciente: Luis, un hombre de sesenta y cinco años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes tipo dos. Al ingresar a la consulta, presenta dificultad para respirar, niveles elevados de glucosa y una herida en el pie que no cicatriza bien. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Luis tiene problemas para manejar su diabetes, signos de infección en la herida del pie y necesita ayuda para entender y seguir su régimen de tratamiento para la EPOC. ¿Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Luis?

Respuestas

- Proporcionar educación sobre el manejo de la dieta y la administración de insulina.
- Ayudar al paciente a realizar ejercicios respiratorios para mejorar la función pulmonar.
- Brindar apoyo emocional para lidiar con el estrés de su condición crónica.

Paciente: Luis, un hombre de sesenta y cinco años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes tipo dos. Al ingresar a la consulta, presenta dificultad para respirar, niveles elevados de glucosa y una herida en el pie que no cicatriza bien. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Luis tiene problemas para manejar su diabetes, signos de infección en la herida del pie y necesita ayuda para entender y seguir su régimen de tratamiento para la EPOC. ¿Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Luis?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre el manejo de la dieta y la administración de insulina.**
- b) Ayudar al paciente a realizar ejercicios respiratorios para mejorar la función pulmonar.
- c) Brindar apoyo emocional para lidiar con el estrés de su condición crónica.

Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, uno de los elementos clave es que el paciente debe tener la capacidad de cuidar de sí mismo, especialmente en términos de necesidades terapéuticas como la administración de insulina y el manejo de la dieta para controlar su diabetes. En el caso de Luis, es crucial que reciba la educación adecuada para manejar su condición crónica, ya que esto permitirá que participe activamente en su autocuidado y, como resultado, mejorar su salud general y prevenir complicaciones.

Modelo de adaptación

Propone un modelo de adaptación para la persona que consiste en reaccionar positivamente ante los cambios producidos en su entorno. Se centra en cómo los seres humanos se adaptan a los estímulos ambientales y cómo los enfermeros pueden ayudar en el proceso de adaptación.

Ve al individuo como un conjunto de sistemas interrelacionados que mantienen un equilibrio entre varios estímulos.

El objetivo de la enfermería es ayudar al paciente a adaptarse a su entorno.

Este modelo esta comprendido por estímulos:
Focales, Contextuales, residuales.

Modelo de adaptación

Hay cuatro componentes que influyen en la respuesta de una persona a los cambios en su entorno:

Estímulos: son los cambios que ocurren en el entorno de una persona y pueden ser físicos, psicológicos o sociales.

Procesos de adaptación: son los mecanismos que una persona utiliza para responder a los estímulos del entorno y mantener su equilibrio. (Regulador y relacionador)

Modos de adaptación: son las formas en que una persona se adapta a los estímulos del entorno y pueden ser fisiológicos, psicológicos o sociales.

Resultados de la adaptación: son los cambios que ocurren en la persona como resultado de su capacidad para adaptarse a los estímulos del entorno.

Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud.

Los 4 Modos de adaptación

Modo fisiológico: se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse.

Modo de autoconcepto:

El autoconcepto grupal se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado»

El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual).

Modos de adaptación

Modo de rol: La función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro.

Este modo de adaptación incluye el desempeño de roles sociales, como el rol de padre, hijo, amigo, trabajador, entre otros. Los enfermeros pueden ayudar en este modo de adaptación proporcionando apoyo emocional y educación sobre cómo adaptarse a situaciones sociales y culturales cambiantes.

Modo Interdependiente:

Trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social.

Modos de adaptación

Para aplicar el **modelo** de Callista Roy, es necesario seguir una **serie de pasos**:

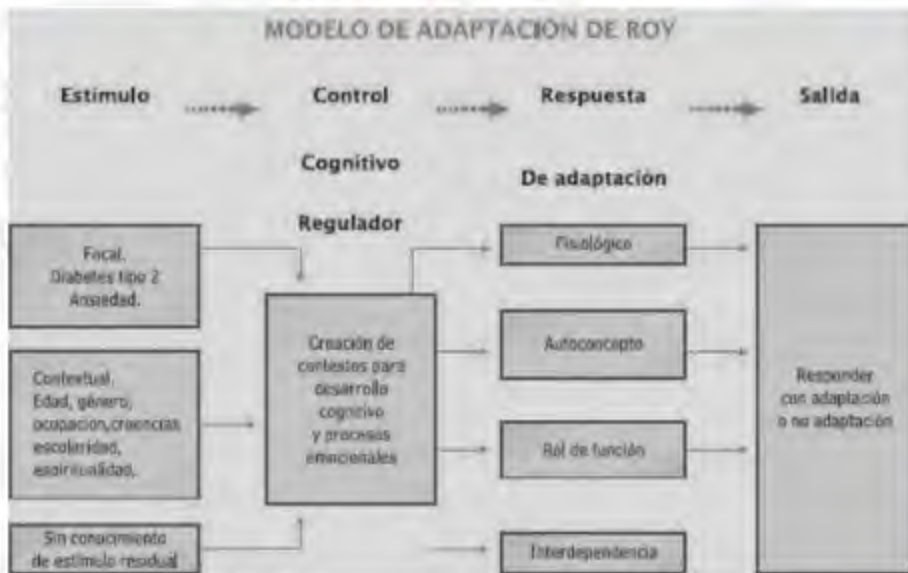
- Evaluar al paciente en función de los cuatro modos adaptativos.
- Identificar los estímulos que están afectando la adaptación del paciente.
- Crear un plan de cuidados personalizado para el paciente, basado en los estímulos identificados y los procesos adaptativos necesarios.
- Implementar el plan de cuidados, utilizando técnicas específicas para cada modo adaptativo.
- Evaluar regularmente la efectividad del plan de cuidados y realizar ajustes según sea necesario.

Modos de adaptación

Además de estos pasos, es importante tener en cuenta algunos **aspectos clave** a la hora de aplicar este modelo:

- La enfermería debe centrarse en el paciente como un todo, teniendo en cuenta sus necesidades **físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales**.
- Es importante establecer una relación terapéutica con el paciente, basada en la confianza y el respeto mutuo.
- La enfermería debe utilizar técnicas específicas para fomentar la adaptación del paciente, como la educación para la salud, el apoyo emocional y la promoción de la independencia.

Modos de adaptación



Modos de adaptación - Conceptos principales

Persona

Según Roy, los humanos son seres holísticos que interactúan constantemente con su entorno. Los seres humanos utilizan un sistema de adaptación, tanto innato como adquirido, para responder a los estímulos ambientales que experimentan. Los sistemas humanos pueden ser individuos o grupos, como familias, organizaciones y toda la comunidad global.

Entorno

"Las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de personas o grupos, con especial consideración de la reciprocidad de la persona y los recursos de salud que incluye estímulos focales, contextuales y residuales".

Modos de adaptación - Conceptos principales

Salud

La salud no es estar libre de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino la capacidad de enfrentarlos de manera competente”.

Enfermería

El objetivo de la enfermería es la promoción de la adaptación de individuos y grupos en cada uno de los cuatro modos de adaptación, contribuyendo así a la salud, la calidad de vida y a morir con dignidad”.

Paciente: Ana, una mujer de cuarenta y cinco años, con antecedentes de cáncer de mama en remisión. Al ingresar a la consulta, presenta ansiedad, fatiga crónica y dificultades para adaptarse a su nueva realidad postratamiento. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Ana tiene dificultades para manejar el estrés, muestra signos de depresión y lucha con su identidad y roles familiares debido a los cambios provocados por la enfermedad. ¿Según la teoría de Sor Callista Roy, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Ana?

Respuestas

- a) Proporcionar apoyo emocional y técnicas de manejo del estrés.
- b) Ayudar al paciente a mejorar su condición física a través de ejercicios adecuados.
- c) Brindar educación sobre la dieta y hábitos saludables post-tratamiento.

Paciente: Ana, una mujer de cuarenta y cinco años, con antecedentes de cáncer de mama en remisión. Al ingresar a la consulta, presenta ansiedad, fatiga crónica y dificultades para adaptarse a su nueva realidad postratamiento. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Ana tiene dificultades para manejar el estrés, muestra signos de depresión y lucha con su identidad y roles familiares debido a los cambios provocados por la enfermedad. ¿Según la teoría de Sor Callista Roy, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Ana?

Respuestas

- a) Proporcionar apoyo emocional y técnicas de manejo del estrés.**
- b) Ayudar al paciente a mejorar su condición física a través de ejercicios adecuados.
- c) Brindar educación sobre la dieta y hábitos saludables post-tratamiento.

Según la teoría de los modos de adaptación de Sor Callista Roy, uno de los aspectos fundamentales es ayudar al paciente a adaptarse de manera efectiva a los cambios y desafíos que enfrenta, utilizando estrategias de afrontamiento adecuadas. En el caso de Ana, quien lucha con la ansiedad, el estrés y su nueva identidad post-tratamiento, la prioridad de la enfermera debería ser proporcionar apoyo emocional y enseñarle técnicas de manejo del estrés para facilitar su adaptación y mejorar su bienestar psicológico y emocional.

Seres humanos unitarios

La teoría de Martha Rogers es conocida como la **Ciencia de los Seres Humanos Unitarios (SUHB)**. La teoría considera a la enfermería como una ciencia y un arte, ya que proporciona una forma de ver al ser humano unitario, que es parte integral del universo.

Rogers afirmaba que los seres humanos son campos de energía dinámicos, integrados en los campos del entorno. Ambos tipos de campos, el humano y el de entorno, obedecen a un patrón y se distinguen por su condición de sistemas abiertos.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Campo de energía

Es la unidad fundamental tanto de lo vivo como de lo no vivo. Proporciona una forma de ver a las personas y el medio ambiente como totalidades irreductibles. Los campos de energía varían continuamente en intensidad, densidad y extensión. En concreto, los seres humanos y su entorno son **campos de energía»**

El universo de sistemas abiertos

El concepto del universo de sistemas abiertos sostiene que los campos de energía son infinitos, abiertos y se integran entre sí. Los campos del ser humano y de su entorno se hallan en continuo proceso y son sistemas abiertos.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

El patrón

El patrón identifica los campos de energía. Es la característica distintiva de un campo de energía y se percibe como un único movimiento. La naturaleza del patrón cambia de forma continua e innovadora, y estos cambios dan identidad al campo de energía.

Las manifestaciones emergen como un proceso mutuo entre el ser humano y su entorno. El patrón es algo abstracto y se revela por medio de las manifestaciones. La sensación de identidad de uno mismo es una manifestación del campo, cuya naturaleza pertenece solo a un individuo.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Pandimensionalidad

La pandimensionalidad se define como un «dominio no lineal sin atributos espaciales o temporales». Los parámetros humanos para describir eventos son arbitrarios y el presente es relativo; no hay una ordenación temporal de las vidas.

El ser humano existe y funciona en múltiples dimensiones simultáneamente permitiendo una perspectiva holística de salud y bienestar.

Por ejemplo, una enfermera podría tener una intuición sobre el estado de salud de un paciente que no es evidente mediante métodos físicos tradicionales. Esta intuición puede ser considerada una manifestación de la pandimensionalidad, donde la enfermera capta información y energía de dimensiones adicionales que influyen en la percepción de la situación del paciente.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinámica

Hemodinámico se refiere a la naturaleza continua, dinámica y en constante cambio de la interacción entre los seres humanos y su entorno. Este principio considera que la salud y el bienestar son procesos dinámicos en los que las personas y su entorno se influyen mutuamente de manera recíproca.

Los tres principios de la homeodinámica son **resonancia, hélice e integralidad**.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinamica

Principio de resonancia: Habla de la naturaleza del cambio que ocurre entre los campos humanos y ambientales. El proceso de vida en los seres humanos es una sinfonía de vibraciones rítmicas que oscilan en varias frecuencias.

Identifica el campo humano y el campo ambiental por patrones de ondas que manifiestan un cambio continuo de ondas más largas de menor frecuencia a ondas más cortas de mayor frecuencia.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinamica

Principio de Helicidad: El campo humano-ambiental es un sistema dinámico y abierto en el que el cambio es continuo debido al constante intercambio entre el ser humano y el medio ambiente.

Este cambio también es innovador. Debido al intercambio constante, un sistema abierto nunca es el mismo en dos momentos cualesquiera; más bien, es continuamente nuevo o diferente.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinamica

Principio de Integralidad: Pone de relieve el proceso mutuo y continuo de la persona y su entorno. Debido a la inseparabilidad de los seres humanos y su entorno, los cambios secuenciales en los procesos de la vida son revisiones continuas que ocurren a partir de las interacciones entre los seres humanos y su entorno.

Entre las dos entidades, existe una interacción mutua constante y un cambio mutuo mediante el cual se produce un moldeado simultáneo al mismo tiempo.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Rogers señaló cinco supuestos que sirven también como afirmaciones teóricas que apoyan su modelo, derivado de la bibliografía que trata de los seres humanos, la física, las matemáticas y las ciencias del comportamiento:

1. «El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que le convierte en algo más que la suma de las partes que lo componen» (campo de energía).
2. «El hombre y su entorno están intercambiando continuamente situaciones y energía» (sistemas abiertos).
3. «El proceso vital evoluciona de manera irreversible y unidireccional a través del continuo espacio-tiempo» (helicidad).

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Rogers señaló cinco supuestos que sirven también como afirmaciones teóricas que apoyan su modelo, derivado de la bibliografía que trata de los seres humanos, la física, las matemáticas y las ciencias del comportamiento:

4. «El patrón y la organización identifican al hombre y lo reflejan en toda su totalidad innovadora» (patrón y organización).
5. «El hombre se caracteriza por su capacidad de abstracción, de representar imágenes, de lenguaje y pensamiento, de sensación y emoción» (ser sensible y pensante)

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Enfermería: Se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven, papel que encaja a la perfección con la enfermería, puesto que abarca a las personas y al entorno en que viven.

Persona: como un sistema abierto en proceso continuo con el sistema abierto, que es su entorno (integración). Describe al ser humano unitario como un «campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y a las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto»

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Salud: como una expresión del proceso vital. Las características y el comportamiento provenientes de la interacción mutua y simultánea de los campos humano y ambiental y la salud y la enfermedad son parte del mismo continuo. Los múltiples eventos que ocurren durante el proceso de vida muestran cómo una persona está alcanzando su máximo potencial de salud.

Entorno: como «un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de las de las partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modo continuado y creativo»

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Paciente: Carlos, un hombre de cincuenta años, con antecedentes de hipertensión y reciente diagnóstico de insuficiencia renal crónica. Al ingresar a la consulta, presenta fatiga, hinchazón en las piernas y preocupación por los cambios en su calidad de vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Carlos está ansioso sobre su condición, tiene problemas para seguir su dieta y régimen de tratamiento, y se siente desconectado de sus actividades y relaciones cotidianas. ¿Según la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Carlos?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la importancia de seguir su régimen de tratamiento y dieta.
- b) Ayudar al paciente a integrarse y participar en actividades que promuevan su bienestar.
- c) Brindar técnicas de relajación para reducir la hinchazón en las piernas.

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Paciente: Carlos, un hombre de cincuenta años, con antecedentes de hipertensión y reciente diagnóstico de insuficiencia renal crónica. Al ingresar a la consulta, presenta fatiga, hinchazón en las piernas y preocupación por los cambios en su calidad de vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Carlos está ansioso sobre su condición, tiene problemas para seguir su dieta y régimen de tratamiento, y se siente desconectado de sus actividades y relaciones cotidianas. ¿Según la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Carlos?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la importancia de seguir su régimen de tratamiento y dieta.
- b) Ayudar al paciente a integrarse y participar en actividades que promuevan su bienestar.**
- c) Brindar técnicas de relajación para reducir la hinchazón en las piernas.

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Según la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers, el enfoque de la enfermería es ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial y armonía con su entorno.

En el caso de Carlos, es fundamental que la enfermera lo ayude a integrarse y participar en actividades que promuevan su bienestar y sentido de conexión, mejorando así su calidad de vida y su percepción de salud como un proceso continuo de interacción con el entorno. Mientras la educación sobre el tratamiento y las técnicas de relajación son importantes, la prioridad en esta teoría es promover una interacción armoniosa entre el paciente y su entorno.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas.

1. Percepción de la salud
2. Nutrición y metabolismo
3. Eliminación
4. Actividad y ejercicio
5. Sueño y descanso
6. Cognición y percepción

7. Autopercepción y auto concepto
8. Rol y relaciones
9. Sexualidad y reproducción
10. Tolerancia al estrés
11. Valores y creencias

Patrón 1. Percepción y control de la salud

Busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar.

Incluye: Estilos de vida, prácticas de promoción de la salud y de prevención de riesgos, prescripciones médicas y enfermería.

Patrón 2. Nutricional y metabolismo

Se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita.

Incluye: Horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas de ingesta, altura, peso, condiciones de piel, mucosas y membranas.

Patrón 3. Eliminación

Investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo, es decir, la orina, sudor y funciones del intestino

Incluye: Patrón de eliminación intestinal, eliminación vesical, eliminación a través de la piel.

Patrón 4. Actividad y ejercicio

El nivel de actividad física del paciente ya sea el ejercicio que puede hacer conscientemente como en las tareas diarias, trata de saber más sobre la energía que tiene el individuo en sus actividades diarias.

Incluye: Actividades de la vida diaria y recreativa, cantidad y tipo de ejercicios, deportes, factores que interfieren en las actividades deseadas.

Patrón 5. Sueño y Descanso

Se centra en los patrones del sueño y descanso del paciente, suficiente energía al levantarse, problemas para dormir o si duerme las horas necesarias.

Incluye: Cantidad y calidad percibida del sueño y reposo, ayudas para el sueño y descanso.

Patrón 6. Cognición y percepción

La habilidad del paciente para percibir los elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, así como el tomar decisiones, instrucciones y usar la memoria.

Incluye: Situación de los sentidos sensoriales, utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Patrón 7. Autopercepción y Auto concepto

Tiene que ver en la manera en que se ve el individuo ¿Cree en sí mismo? ¿Cómo se siente con su cuerpo, sus emociones o su forma de ser?

Incluye: Actitud de la persona hacia si misma, imagen corporal y patrón emocional, patrón de comunicación no verbal y verbal.

Patrón 8. Rol y relaciones

Las relaciones interpersonales son de las más importantes en la vida de la persona y con los de su entorno por ejemplo ¿Cómo se lleva con su familia, en el trabajo o estudio?

Incluye: Percepción de las responsabilidades de su rol, satisfacción con la familia, trabajo y relacione sociales.

Patrón 9. Sexualidad y reproducción

Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, alteraciones en la sexualidad o en la relación sexual, patrón reproductivo pre menopausia y posmenopausia, problemas percibidos por la persona.

Incluye: Trastornos de la sexualidad, problemas de etapa reproductiva mujer.

Patrón 10. Tolerancia al estrés

Estudia niveles de estrés de los pacientes, tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles.

Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de integridad y situaciones estresantes, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda.

Patrón 11. Valores y creencias

Se encarga de estudiar la manera en la que el paciente se enfrenta a la vida y se relaciona con el mundo y consigo mismo.

Incluye:

Cosas percibida como importantes en la vida,
conflicto con los valores o creencia importantes,
expectativas relacionadas con salud.



Paciente: Laura, una mujer de setenta y dos años, con antecedentes de artritis y enfermedad cardíaca. Al ingresar a la consulta, presenta dolor en las articulaciones, fatiga constante y dificultad para realizar actividades diarias. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Laura tiene movilidad limitada, dificultad para dormir debido al dolor, y problemas para mantener una dieta equilibrada. Además, Laura muestra signos de aislamiento social debido a su condición. ¿Según los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Laura?

Respuestas

- Evaluar y mejorar el patrón de actividad-ejercicio para aumentar su movilidad.
- Brindar apoyo emocional para reducir el aislamiento social.
- Ayudar al paciente a mejorar su patrón de sueño-descanso para aliviar la fatiga.

Paciente: Laura, una mujer de setenta y dos años, con antecedentes de artritis y enfermedad cardíaca. Al ingresar a la consulta, presenta dolor en las articulaciones, fatiga constante y dificultad para realizar actividades diarias. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Laura tiene movilidad limitada, dificultad para dormir debido al dolor, y problemas para mantener una dieta equilibrada. Además, Laura muestra signos de aislamiento social debido a su condición. ¿Según los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Laura?

Respuestas

- a) **Evaluar y mejorar el patrón de actividad-ejercicio para aumentar su movilidad.**
- b) Brindar apoyo emocional para reducir el aislamiento social.
- c) Ayudar al paciente a mejorar su patrón de sueño-descanso para aliviar la fatiga.

Según los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, el patrón de actividad-ejercicio es crucial para evaluar cómo la persona se mueve y realiza sus actividades diarias.

En el caso de Laura, mejorar su movilidad no solo aliviará su dolor articular y fatiga, sino que también le permitirá participar más activamente en sus actividades diarias y sociales, lo que podría ayudar a reducir su aislamiento. Evaluar y trabajar en este patrón funcional puede tener un impacto positivo en varios aspectos de su salud y bienestar.

Modelo humanista del cuidado Teoría del cuidado transpersonal

La Filosofía y ciencia del cuidado de Watson se ocupa de cómo las enfermeras expresan el cuidado de sus pacientes. Su teoría hace hincapié en los aspectos humanísticos de la enfermería, ya que se entrelazan con el conocimiento científico y la práctica de enfermería.

“La enfermería se ocupa de promover la salud, prevenir enfermedades, cuidar a los enfermos y restaurar la salud”. Se centra en la promoción de la salud, así como en el tratamiento de enfermedades.

Según Watson, el cuidado es fundamental para la práctica de enfermería y promueve la salud mejor que una simple cura médica.

Teoría del cuidado transpersonal

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes **10 factores de cuidados**. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería.

La teoría de Watson permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje propio y una relación entre teoría y práctica que revitaliza aspectos perdidos de la enfermería: **el alma (espíritu, o interior de sí)**

Formación de un sistema humanístico-altruista de valores

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo

Teoría del cuidado transpersonal

Inculcación de la fe-esperanza

Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás

Teoría del cuidado transpersonal

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

Los cuidados sean auténticos y se basen en una confianza mutua. Para ello es preciso que la enfermera vea al paciente como ser humano y no como objeto de sus cuidados. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Teoría del cuidado transpersonal

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.

Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal

Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento persona.

Teoría del cuidado transpersonal

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el **entorno interno** incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras **variables externas** como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas

Satisfacción de las necesidades básicas, procurando un cuidado humano como si el paciente fuera un ser único en todos los aspectos del cuidar.

Teoría del cuidado transpersonal

Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas

Necesidades espirituales y existenciales de la vida y de la muerte, cuidando tanto el alma del que cuida como la del cuidado. Este 3ltimo factor nos acerca al fen3meno de lo desconocido, todo aquello que no se puede explicar cient3ficamente.

-Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir m3s all3 de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el 3rea de promoci3n de la salud mediante las acciones preventivas de salud.

-Los factores ofrecen a las enfermeras un marco conceptual capaz de entender la experiencia del paciente y, como consecuencia, facilitarle unos **cuidados t3cnicos y humanos** que sean favorables para obtener unos resultados positivos.

Teoría del cuidado transpersonal Conceptos principales

Medio Ambiente

“El cuidado (y la enfermería) ha existido en todas las sociedades. Cada sociedad ha tenido algunas personas que se han preocupado por los demás. Una actitud solidaria no se transmite de generación en generación por los genes. La cultura de la profesión la transmite como una forma única de enfrentarse a su entorno.”

Ser Humano

El ser humano es una persona valiosa que debe ser cuidada, respetada, nutrida, comprendida y asistida; en general, una visión filosófica de una persona como un yo integrado completamente funcional. Un ser humano es visto como mayor y diferente de la suma de sus partes.

Teoría del cuidado transpersonal Conceptos principales

Salud

La salud es la unidad y la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma; la salud está asociada con el grado de congruencia entre el yo y el yo tal como se experimenta. Se define como un alto nivel de funcionamiento general físico, mental y social; un nivel general de mantenimiento adaptativo del funcionamiento diario; y la ausencia de enfermedad, o la presencia de esfuerzos que conducen a la ausencia de enfermedad.

Enfermería

La enfermería es una ciencia humana de las personas y de las experiencias humanas de salud-enfermedad mediada por transacciones de cuidado humano profesional, personal, científico, estético y ético.

Paciente: Teresa, una mujer de cincuenta y cinco años, que recientemente ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Al ingresar a la consulta, presenta miedo, ansiedad y una sensación de pérdida de control sobre su vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Teresa está emocionalmente angustiada, tiene dificultades para aceptar su diagnóstico y muestra signos de aislamiento social. Teresa también expresa preocupaciones sobre el impacto del tratamiento en su identidad y calidad de vida. **¿Según la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Teresa?**

Respuestas

- a) Proporcionar información detallada sobre el tratamiento y sus efectos secundarios.
- b) Brindar apoyo emocional y crear un ambiente de cuidado y compasión.
- c) Ayudar al paciente a establecer una rutina de ejercicio para mejorar su bienestar físico.

Paciente: Teresa, una mujer de cincuenta y cinco años, que recientemente ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Al ingresar a la consulta, presenta miedo, ansiedad y una sensación de pérdida de control sobre su vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Teresa está emocionalmente angustiada, tiene dificultades para aceptar su diagnóstico y muestra signos de aislamiento social. Teresa también expresa preocupaciones sobre el impacto del tratamiento en su identidad y calidad de vida. **¿Según la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Teresa?**

Respuestas

- a) Proporcionar información detallada sobre el tratamiento y sus efectos secundarios.
- b) Brindar apoyo emocional y crear un ambiente de cuidado y compasión.**
- c) Ayudar al paciente a establecer una rutina de ejercicio para mejorar su bienestar físico.

Según la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, el enfoque principal de la enfermera es establecer una conexión auténtica y compasiva con el paciente, promoviendo un ambiente de cuidado que nutra tanto el cuerpo como el espíritu.

En el caso de Teresa, quien enfrenta miedo y ansiedad debido a su diagnóstico de cáncer, proporcionar apoyo emocional y crear un ambiente de cuidado y compasión es crucial para ayudarla a encontrar un sentido de paz y aceptación. Este enfoque transpersonal va más allá de los aspectos físicos del cuidado, reconociendo la importancia de la conexión humana en el proceso de curación.

El Modelo de los Sistemas de Neuman ha encontrado numerosas aplicaciones. Se utiliza para evaluar las necesidades del paciente, identificar los factores de estrés y desarrollar intervenciones personalizadas para mantener o recuperar la salud del paciente.

El modelo de **sistemas de Neuman** es un planteamiento de sistemas **dinámico y abierto** para el cuidado del cliente, originalmente creado para proporcionar un centro unificador con la intención de definir el **problema de la enfermería** y entender al cliente cuando **interacciona con el entorno**.

Modelo de Sistemas

Los conceptos principales identificados en el modelo son:

- Visión integral, sistema abierto (incluyendo función, entrada y salida, retroalimentación, negentropía y estabilidad),
- Entorno (incluido el entorno creado),
- Sistema cliente (incluidas las cinco variables, estructura básica, líneas de resistencia, línea normal de defensa y línea flexible de defensa),
- Salud (de bienestar a enfermedad),
- Elementos estresantes, grado de reacción,
- Prevención como intervención (tres niveles) y
- Reconstitución

Modelo de Sistemas

Sistema Abierto

Un sistema es abierto cuando existe un flujo continuo de entradas y procesos, salidas y retroalimentación. El estrés y la reacción al estrés son elementos básicos de un sistema abierto.

Función o proceso

El cliente es un sistema que intercambia energía, información y materia con el entorno, así como con otras partes y subpartes del sistema, mientras utiliza recursos energéticos disponibles para moverse hacia la estabilidad y la integración.

Entrada y Salida

Para el cliente como sistema, la entrada y la salida son la materia, la energía y la información que se intercambian dentro del sistema, entre el cliente y su entorno

Modelo de Sistemas

Sistema Abierto

Retroalimentación

La salida del sistema en forma de materia, energía e información sirve de retroalimentación para la futura entrada y la acción correctora con la intención de cambiar, potenciar o estabilizar el sistema.

Negentropía

El proceso de conservación de energía que ayuda al sistema en la progresión hacia la estabilidad o el bienestar es la negentropía.

Estabilidad

Un estado de equilibrio o armonía que requiere intercambios de energía a medida que el paciente enfrenta adecuadamente los factores estresantes para retener, alcanzar o mantener un nivel de salud óptimo, preservando así la integridad del sistema.

Modelo de Sistemas

Entorno

Las fuerzas internas y externas que influyen y se ven influenciadas por el cliente en cualquier momento conforman el entorno

Entorno creado

El entorno creado es desarrollado inconscientemente por el cliente para expresar simbólicamente la integridad del sistema. Su propósito es proporcionar protección para el funcionamiento del sistema cliente y para aislar al cliente de los elementos estresantes.



Modelo de Sistemas

Sistema Cliente

El sistema cliente consta de cinco variables (**fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual**) en interacción con el entorno.

- La **variable fisiológica** hace referencia a la estructura y a la función del organismo.
- La **variable psicológica** hace referencia a los procesos mentales en interacción con el entorno.
- La **variable sociocultural** hace referencia a los efectos y a las influencias de condiciones sociales y culturales.
- La **variable de desarrollo** hace referencia a los procesos y a las actividades relacionadas con la edad.
- La **variable espiritual** hace referencia a creencias e influencias espirituales.

Modelo de Sistemas

Estructura Básica

La estructura básica, o núcleo central, comprende aquellos factores básicos de supervivencia comunes a la especie. Estos factores incluyen las variables del sistema, las características genéticas y las fortalezas y debilidades de las partes del sistema.

Líneas de resistencia

Las líneas de resistencia actúan como factores de protección, que son activados por los elementos estresantes que penetran en la línea normal de defensa.

Línea normal de defensa

Representa el nivel adaptativo de salud desarrollado en el transcurso del tiempo como normal con respecto al cual medir la desviación del bienestar.

Modelo de Sistemas

Línea flexible de defensa

Se percibe como un elemento amortiguador de protección para evitar que los elementos estresantes se abran camino hacia el estado de bienestar habitual representado por la línea normal de defensa.

Salud

La salud es un continuo que transcurre desde el bienestar a la enfermedad, dinámico por naturaleza. Existe un bienestar óptimo cuando se cumplen completamente las necesidades totales del sistema.

Bienestar

El bienestar existe cuando todas las subpartes del sistema interaccionan en armonía con el sistema completo y se satisfacen todas las necesidades del sistema

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Enfermedad

La enfermedad se encuentra en el otro extremo del movimiento continuo del bienestar y representa un estado de inestabilidad y gasto de energía.



Modelo de Sistemas

Elementos estresantes

Un factor estresante es cualquier fenómeno que pueda penetrar tanto en las líneas de defensa flexibles como normales, dando como resultado un resultado positivo o negativo:

Los estresores intrapersonales son aquellos que ocurren dentro de los límites del sistema del paciente y se correlacionan con el entorno interno.

Los estresores interpersonales ocurren fuera de los límites del sistema del paciente, son próximos al sistema e impactan en el sistema.

Los estresores extra personales también ocurren fuera de los límites del sistema del paciente, pero están a una distancia mayor del sistema que los estresores interpersonales. Un ejemplo es una política social.

Modelo de Sistemas

Grado de reacción

El grado de reacción representa la inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los elementos estresantes invaden la línea normal de defensa.

Prevención como Intervención

Las intervenciones son acciones determinadas que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema, la consiga y/o la mantenga. Neuman indica tres niveles de intervención:

- 1) primario;
- 2) secundario, y
- 3) terciario

Modelo de Sistemas

Prevención como Intervención

Prevención primaria

Ocurre antes de que el sistema reaccione a un estresor; incluye la promoción de la salud y el mantenimiento del bienestar. La prevención primaria se enfoca en fortalecer la línea de defensa flexible a través de la prevención del estrés y la reducción de los factores de riesgo.

Esta intervención ocurre cuando se identifica el riesgo o peligro, pero antes de que ocurra una reacción. Las estrategias que podrían usarse incluyen inmunización, educación para la salud, ejercicio y cambios en el estilo de vida.

Modelo de Sistemas

Prevención como Intervención

Prevención secundaria

Ocurre después de que el sistema reacciona a un factor estresante y se brinda en términos de los síntomas existentes. La prevención secundaria se enfoca en fortalecer las líneas internas de resistencia y, por lo tanto, protege la estructura básica a través del tratamiento adecuado de los síntomas.

La intención es recuperar la estabilidad óptima del sistema y conservar energía al hacerlo. Si la prevención secundaria no tiene éxito y no se produce la reconstitución, la estructura básica no podrá soportar el sistema y sus intervenciones, y se producirá la muerte.

Modelo de Sistemas

Prevención como Intervención

Prevención Terciaria

Ocurre después de que el sistema ha sido tratado a través de estrategias de prevención secundaria. Su propósito es mantener el bienestar o proteger la reconstitución del sistema del paciente apoyando las fortalezas existentes y preservando la energía.

La prevención terciaria puede comenzar en cualquier momento después de que se haya comenzado a restablecer la estabilidad del sistema (ha comenzado la reconstitución). La prevención terciaria tiende a conducir de nuevo a la prevención primaria.

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Reconstitución

La reconstitución tiene lugar después del tratamiento de las reacciones de los elementos estresantes. Representa el retorno del sistema a la estabilidad, que puede ser a un nivel superior o inferior de bienestar que antes de la invasión del elemento estresante.



FIGURA 10-3 El método de sistemas de Newton. (Copyright original 1970 por Betty Newton. Utilizado con autorización.)

Modelo de Sistemas

Principales premisas

Persona

El ser humano es un sistema abierto que interactúa con las fuerzas o estresores del entorno interno y externo. El ser humano cambia constantemente, moviéndose hacia un estado dinámico de estabilidad del sistema o enfermedad de diversos grados.

Entorno

El medio ambiente es un escenario vital relacionado con el sistema y su función. El medio ambiente puede verse como todos los factores que afectan y son afectados por el sistema. Identifica tres entornos relevantes: interno, externo y creado.

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Principales premisas

Salud

Condición o el grado de estabilidad del sistema y se considera como un continuo desde el bienestar hasta la enfermedad. Cuando se satisfacen las necesidades del sistema, existe un bienestar óptimo. Cuando las necesidades no están satisfechas, existe la enfermedad. Cuando la energía necesaria para sustentar la vida no está disponible, se produce la muerte.

Enfermería

Cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Considera que la enfermería es una «profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés» (pág. 14). La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra; afirmó que el campo perceptivo del cuidador y del cliente deben valorarse.

Paciente: Pedro, un hombre de sesenta años, con antecedentes de hipertensión y estrés laboral crónico. Al ingresar a la consulta, presenta niveles elevados de presión arterial, dolores de cabeza frecuentes y dificultades para dormir. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Pedro tiene signos de estrés significativo, falta de adherencia a su régimen de medicación y hábitos de vida poco saludables, como una dieta pobre y falta de ejercicio.

¿Según los modelos de sistemas de Betty Neumann, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Pedro?

Respuestas

- Proporcionar educación sobre la importancia de una dieta equilibrada y ejercicio regular.
- Ayudar al paciente a desarrollar estrategias de manejo del estrés y mejorar sus hábitos de vida.
- Brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad y mejorar su adherencia a la medicación.

Paciente: Pedro, un hombre de sesenta años, con antecedentes de hipertensión y estrés laboral crónico. Al ingresar a la consulta, presenta niveles elevados de presión arterial, dolores de cabeza frecuentes y dificultades para dormir. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Pedro tiene signos de estrés significativo, falta de adherencia a su régimen de medicación y hábitos de vida poco saludables, como una dieta pobre y falta de ejercicio. **¿Según los modelos de sistemas de Betty Neumann, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Pedro?**

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la importancia de una dieta equilibrada y ejercicio regular.
- b) Ayudar al paciente a desarrollar estrategias de manejo del estrés y mejorar sus hábitos de vida.**
- c) Brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad y mejorar su adherencia a la medicación.

Según los modelos de sistemas de Betty Neumann, el enfoque de la enfermería es mantener la estabilidad del sistema del paciente a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

En el caso de Pedro, que presenta múltiples factores de estrés que afectan su salud, es crucial desarrollar estrategias de manejo del estrés y mejorar sus hábitos de vida para fortalecer sus líneas de defensa y prevenir complicaciones futuras. Este enfoque integral busca abordar no solo los síntomas inmediatos, sino también las causas subyacentes del estrés y los hábitos poco saludables, promoviendo así una estabilidad y bienestar a largo plazo.

Paciente acude al Centro de Salud por presentar dificultad para dormir, manifiesta que no puede descansar por problemas emocionales los cuales interfieren su estilo de vida. ¿Cuál es la teorizante que se pone de manifiesto?

Respuestas:

- Virginia Henderson.
- Nola Pender.
- Martha Rogers.
- Callista Roy.

Paciente acude al Centro de Salud por presentar dificultad para dormir, manifiesta que no puede descansar por problemas emocionales los cuales interfieren su estilo de vida. ¿Cuál es la teorizante que se pone de manifiesto?

Respuestas:

- **Virginia Henderson.**
- Nola Pender.
- Martha Rogers.
- Callista Roy.

Indique la teorizante a la que corresponde el siguiente enunciado: "La categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada."

Respuestas:

- Virginia Henderson.
- Florence Nightingale.
- Marjory Gordon.
- Nola Pender.

Indique la teorizante a la que corresponde el siguiente enunciado: "La categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada."

Respuestas:

- **Virginia Henderson.**
- Florence Nightingale.
- Marjory Gordon.
- Nola Pender.

Paciente adulto que por su estado de salud no puede suplir sus necesidades de autocuidado. ¿Qué teorizante utiliza para la planificación de los cuidados de este paciente?

Respuestas:

- Dorothea Orem.
- Hidegard Peplau.
- Florence Nightingale.
- Virginia Henderson.

Paciente adulto que por su estado de salud no puede suplir sus necesidades de autocuidado. ¿Qué teorizante utiliza para la planificación de los cuidados de este paciente?

Respuestas:

- **Dorothea Orem.**
- Hidegard Peplau.
- Florence Nightingale.
- Virginia Henderson.

Una de las teorizantes de enfermería se centra en el individuo como un sistema biopsicosocial adaptativo que emplea un ciclo de realimentación de entradas (estímulos), producción (procesos de control) y salidas (conductas o respuestas adaptativas). ¿Cuál es la teorizante que utiliza este enfoque?

Respuestas:

- Callista Roy.
- Betty Neuman.
- Virginia Henderson.
- Martha Rogers.

Una de las teorizantes de enfermería se centra en el individuo como un sistema biopsicosocial adaptativo que emplea un ciclo de realimentación de entradas (estímulos), producción (procesos de control) y salidas (conductas o respuestas adaptativas). ¿Cuál es la teorizante que utiliza este enfoque?

Respuestas:

- **Callista Roy.**
- Betty Neuman.
- Virginia Henderson.
- Martha Rogers.

Como profesional de enfermería, debe brindar cuidado interpersonal para promover la salud y prevenir la enfermedad a través de las intervenciones en su quehacer diario, permitiendo generar la curación del cuerpo y alma.
¿A qué teorizante hace referencia?

Respuestas:

- Jean Watson.
- Patricia Benner.
- Kristen Swanson.
- Madeline Leininger.

Como profesional de enfermería, debe brindar cuidado interpersonal para promover la salud y prevenir la enfermedad a través de las intervenciones en su quehacer diario, permitiendo generar la curación del cuerpo y alma.
¿A qué teorizante hace referencia?

Respuestas:

- **Jean Watson.**
- Patricia Benner.
- Kristen Swanson.
- Madeline Leininger.

¿Cuál es la autora cuya teoría tiene como objetivo identificar modos adaptativos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y de dependencia-independencia en el paciente?

Respuestas:

- Callista Roy.
- Hildegard Peplau.
- Madeleine Leininger.
- Dorothea Orem.

¿Cuál es la autora cuya teoría tiene como objetivo identificar modos adaptativos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y de dependencia-independencia en el paciente?

Respuestas:

- **Callista Roy.**
- Hildegard Peplau.
- Madeleine Leininger.
- Dorothea Orem.

Paciente: Hombre, setenta años, vive solo y tiene diagnóstico de hipertensión y diabetes. Signos y síntomas: El paciente acude a consulta por mareos frecuentes y dificultad para manejar sus actividades diarias. Refiere que ha estado olvidando tomar su medicación y no sigue una dieta adecuada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, mide la presión arterial, que está elevada, y los niveles de glucosa en sangre, que también están fuera de los rangos normales. Además, el paciente muestra signos de deshidratación: ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada para promover el autocuidado según el modelo de Dorothea Orem?

Respuestas

- A. Proporcionar al paciente un plan de cuidado detallado y realizar visitas de seguimiento regulares.
- B. Prescribir únicamente la medicación adecuada y esperar que el paciente siga las instrucciones por sí mismo.
- C. Ingresar al paciente en un centro de cuidado permanente para asegurar que reciba la atención necesaria.

Paciente: Hombre, setenta años, vive solo y tiene diagnóstico de hipertensión y diabetes. Signos y síntomas: El paciente acude a consulta por mareos frecuentes y dificultad para manejar sus actividades diarias. Refiere que ha estado olvidando tomar su medicación y no sigue una dieta adecuada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, mide la presión arterial, que está elevada, y los niveles de glucosa en sangre, que también están fuera de los rangos normales. Además, el paciente muestra signos de deshidratación: ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada para promover el autocuidado según el modelo de Dorothea Orem?

Respuestas

A. Proporcionar al paciente un plan de cuidado detallado y realizar visitas de seguimiento regulares.

B. Prescribir únicamente la medicación adecuada y esperar que el paciente siga las instrucciones por sí mismo.

C. Ingresar al paciente en un centro de cuidado permanente para asegurar que reciba la atención necesaria.

La opción A es la más adecuada según el modelo de autocuidado de Dorothea Orem. Este enfoque se centra en educar al paciente y proporcionarle las herramientas y apoyo necesarios para que pueda manejar su salud de manera independiente. Realizar visitas de seguimiento regulares también asegura que se supervisen los progresos y se ajusten los cuidados según sea necesario.



Cada día pensamos críticamente sin darnos cuenta. Si hace calor, nos quitamos un suéter. Si el DVD no se inicia, colocamos el disco de nuevo. Si decidimos sacar a pasear al perro, nos ponemos un par de zapatos para caminar. Estos ejemplos implican el pensamiento crítico con el que nos enfrentamos cada día y nos preparamos para todas las posibilidades.

Las enfermeras se enfrentan a muchas situaciones clínicas relacionadas con pacientes, miembros de familia, personal de asistencia sanitaria y compañeros. En cada situación es importante intentar ver el **panorama general y pensar de forma inteligente**. Para pensar de forma inteligente hay que desarrollar **capacidades de pensamiento crítico** que permitan enfrentar, con la mente abierta, creatividad, confianza e indagación continua, cada nueva experiencia y problema que implique el cuidado de un paciente.

Pensamiento crítico en enfermería

La enfermera aplica el pensamiento crítico, un proceso continuo caracterizado por una mentalidad abierta, la indagación continua y la perseverancia, combinado con la voluntad de observar cada situación particular del paciente y de determinar cuáles de las asunciones identificadas es verdadera y pertinente.

El pensamiento crítico implica reconocer que existe una **cuestión** (p. ej., problema del paciente), **analizar la información** sobre la cuestión (p. ej., datos clínicos sobre un paciente), **evaluar** la información (revisando las asunciones y la evidencia) y hacer **conclusiones**.

El pensamiento crítico es una manera de pensar sobre una situación que siempre se pregunta **“¿Por qué?”**, **“¿Qué me estoy perdiendo?”**, **“¿Qué sé realmente sobre la situación de este paciente?”** y **“¿Cuáles son mis opciones?”**

Pensamiento critico en enfermería

Solucionar problemas y tomar decisiones, en lugar de tomar soluciones rápidas y sin pensar.

El uso del conocimiento basado en la evidencia, o el **conocimiento basado en la investigación** o en la pericia clínica, hace a la enfermera una **pensadora crítica informada**. Pensar críticamente y aprender sobre el concepto de confort la preparan para anticipar mejor las necesidades de sus pacientes, identificar los problemas de confort más rápidamente y ofrecer un cuidado apropiado.

El pensamiento crítico requiere **habilidades cognitivas y el hábito de hacer preguntas**, de mantenerse bien informado, de ser honesto para enfrentar los prejuicios personales y de estar siempre dispuesto a reconsiderar y a pensar claramente las cuestiones.

Conceptos del pensador crítico

Concepto	Conducta De Pensamiento Crítico
Búsqueda de la verdad	Buscar el significado verdadero de una situación. Ser valiente, honesta y objetiva al hacer preguntas
Mente abierta	Ser tolerante con los puntos de vista diferentes; ser sensible a la posibilidad de los propios prejuicios; respetar el derecho de los demás a tener opiniones diferentes
Capacidad de análisis	Analizar las situaciones potencialmente problemáticas; anticipar los resultados o las consecuencias posibles; valorar el razonamiento; utilizar el conocimiento basado en la evidencia.

Conceptos del pensador crítico

Concepto	Conducta De Pensamiento Crítico
Sistematicidad	Ser organizada, centrada; trabajar duro en cualquier investigación.
Autoconfianza	Confiar en los propios procesos de razonamiento
Curiosidad	Tener ganas de adquirir conocimientos y de aceptar explicaciones incluso cuando las aplicaciones del conocimiento no sean inmediatamente claras.
Madurez	Las soluciones múltiples son aceptables. Reflexionar sobre los propios juicios; tener madurez cognitiva

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería



El modelo define el resultado del pensamiento crítico: el juicio de enfermería que es pertinente para una variedad de problemas de enfermería en diversos entornos. Según este modelo, hay **cinco componentes de pensamiento crítico**:

Base de conocimiento, experiencia, competencias de pensamiento crítico (con énfasis sobre el proceso de enfermería), actitudes y estándares.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería



La capacidad de pensar críticamente crece a medida que se adquieren nuevos conocimientos en la práctica de enfermería. Desarrollaron un modelo de pensamiento crítico que incluye tres niveles: **básico, complejo y de compromiso.**

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería



Una **enfermera experta** piensa críticamente casi automáticamente. Sin embargo, una **estudiante principiante** hace un esfuerzo más consciente para aplicar el pensamiento crítico, porque inicialmente está más orientada a la tarea y trata de aprender cómo organizar las actividades de cuidado. Al principio aplica el modelo de pensamiento crítico en el **nivel básico**. A medida que avanza en la práctica, adopta el pensamiento crítico **complejo y el de compromiso**.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería

Niveles de pensamiento crítico

Pensamiento crítico básico: un principiante cree que los expertos tienen las respuestas correctas para cada problema. El pensamiento es concreto y basado en un conjunto de reglas o principios. En este nivel las respuestas a los problemas complejos son correctas o incorrectas; es un primer paso para desarrollar el razonamiento.

Pensamiento crítico complejo: comienzan a separarse de los expertos. Analizan y examinan las opciones de forma más independiente. Las habilidades de pensamiento de la persona y la iniciativa de ir más allá del juicio del experto comienzan a cambiar, el pensamiento se vuelve más creativo.

Pensamiento crítico de compromiso: la persona se anticipa cuándo toma decisiones sin la ayuda de otras y acepta la responsabilidad de rendir cuentas por las decisiones tomadas. Elige una acción, la sustenta, a veces no actúa o retrasa la acción, determina qué es lo más apropiado.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería

Componentes de pensamiento crítico

Base específica de conocimiento: El primer componente del modelo de pensamiento crítico es la base específica de conocimiento de una enfermera. El **conocimiento la prepara** para anticipar e identificar mejor los problemas de los pacientes mediante la comprensión de su **origen y naturaleza**. El conocimiento de las enfermeras varía según la experiencia educativa e incluye la educación básica de enfermería, los cursos de formación continuada y los títulos universitarios adicionales.

Experiencia:

La enfermería es una disciplina práctica. Las prácticas de aprendizaje clínico son necesarias para adquirir habilidades en la toma de decisiones clínicas. El conocimiento, combinado con la pericia clínica a partir de la experiencia, define el pensamiento crítico.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería

Componentes de pensamiento crítico

La competencia del proceso de enfermería: La competencia, específicamente el proceso de enfermería es el tercer componente del modelo de pensamiento crítico. En la práctica, la enfermera aplica componentes del pensamiento crítico durante cada fase del proceso de enfermería.

Actitud para el pensamiento crítico

Las actitudes de pensamiento crítico son directrices de **cómo abordar** un problema o una situación de **toma de decisiones**. Una parte importante del pensamiento crítico es la **interpretación, la evaluación y la realización de juicios** sobre la adecuación de los diferentes argumentos y datos disponibles. Saber cuándo se necesita más información, conocer cuándo es engañosa la información y reconocer los propios límites de conocimientos, son ejemplos de cómo las actitudes de pensamiento crítico dirigen la toma de decisiones.

Modelo de pensamiento critico para el juicio de enfermería

Componentes de pensamiento critico

Actitud para el pensamiento critico

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRITICO	APLICACION EN LA PRACTICA
Confianza en uno mismo	Aprender a presentarse a un paciente; hablar con convicción cuando se comienza un tratamiento o un procedimiento. No hacer pensar al paciente que no podemos realizar los cuidados con seguridad. Estar siempre bien preparada antes de realizar una actividad de enfermería. Animar al paciente a hacer preguntas
Pensamiento independiente	Leer la literatura científica, especialmente cuando hay distintos puntos de vista sobre el mismo tema. Hablar con otras enfermeras y compartir ideas sobre las intervenciones de enfermería.

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRÍTICO	APLICACIÓN EN LA PRACTICA
Imparcialidad	Escuchar a ambas partes en cualquier discusión. Si un paciente o miembro de la familia se queja de un compañero de trabajo, escuchar la historia y después hablar también con el compañero de trabajo. Si un miembro del personal etiqueta al paciente como no colaborador, asumir el cuidado de ese paciente con actitud receptiva y con el deseo de satisfacer las necesidades del paciente.
Responsabilidad y autoridad	Solicitar ayuda si no se está seguro de cómo realizar alguna técnica. Consultar un manual de procedimiento para revisar los pasos de una técnica. Comunicar cualquier problema de inmediato. Seguir los estándares de práctica en los cuidados.
Asunción de riesgos	Si nuestros conocimientos nos hacen cuestionar las instrucciones de un profesional sanitario, hacerlo. Estar dispuesto a recomendar técnicas alternativas de cuidado de enfermería cuando 105 compañeros están teniendo poco éxito con los pacientes.

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRITICO	APLICACION EN LA PRACTICA
Disciplina	Ser concienzudo en cualquier cosa que se haga. Utilizar criterios científicos y basados en la práctica para actividades como la valoración y la evaluación. Tomarse tiempo para ser concienzudo y gestionar el tiempo efectivamente.
Perseverancia	Ser cauteloso ante una respuesta fácil. Si los compañeros dan información sobre un paciente y parece que faltan algunos hechos, aclarar la información o hablar con el paciente directamente. Si continúan ocurriendo problemas del mismo tipo en una unidad de enfermería, reunir a los compañeros de trabajo, buscar un patrón y encontrar una solución.
Creatividad	Buscar técnicas diferentes si las intervenciones no estén funcionando en un paciente. Por ejemplo, un paciente con dolor puede necesitar una postura diferente o una técnica de distracción. Cuando sea apropiado, implicar a familia del paciente para que adopten las técnicas precisas en los cuidados en el domicilio.

Pensamiento critico

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRITICO	APLICACION EN LA PRACTICA
Curiosidad	Preguntar siempre por qué. Un signo o síntoma clínico indica a menudo problemas diversos. Explorar y aprender más sobre el paciente para hacer juicios clínicos apropiados.
Integridad	Reconocer cuándo las propias opiniones están en conflicto con las de un paciente, revisar nuestra posición y decidir la mejor manera de proceder para alcanzar los resultados que satisfagan a todos. No comprometer los estándares de enfermería o la honestidad al prestar cuidados.
Humildad	Reconocer cuándo se necesita más información para tomar una decisión. Cuando se es nuevo en una unidad clínica, pedir orientación en el área. Pedir ayuda en los métodos de cuidado a las enfermeras tituladas asignadas normalmente en esa área.

Estándares del pensamiento critico

El quinto componente del modelo de pensamiento crítico incluye estándares intelectuales y profesionales:

Estándares intelectuales: son universales para el pensamiento crítico. Un estándar intelectual es una directriz o un principio para el pensamiento racional. Se aplican estos estándares cuando se utiliza el proceso de enfermería: Claros, Concretos, Específicos, Precisos, Pertinentes, Plausibles, Coherentes, Lógicos, Profundos, Amplios, Completos, Significativos, Adecuados (para la finalidad), Imparciales.

Estándares profesionales: Los estándares profesionales para el pensamiento crítico se refieren a los criterios éticos de los juicios de enfermería, los criterios basados en la evidencia utilizados para la evaluación y los criterios de la responsabilidad profesional. La aplicación de estándares profesionales requiere el uso del pensamiento crítico por el bien de las personas o de los grupos.

Habilidades del pensamiento critico

Habilidad	Aplicaciones en la practica enfermería
Interpretación	Ser ordenado en la recogida de datos. Buscar patrones para categorizar los datos (p. ej., diagnósticos de enfermería. Clarificar cualquier dato del que no se esté seguro.
Análisis	Tener la mente abierta cuando se mira la información sobre un paciente. No hacer asunciones poco cuidadosas. ¿Los datos revelan que lo que cree es cierto, o hay otras opciones?
Inferencia	Mirar el significado y la importancia de los hallazgos. ¿Hay relaciones entre los hallazgos? ¿Los datos del paciente ayudan a entender que existe un problema?

Habilidades del pensamiento critico

Habilidad	Aplicaciones en la practica enfermería
Evaluación	Mirar todas las situaciones objetivamente. Utilizar criterios (p. ej., resultados previstos, características del dolor, objetivos de aprendizaje) para determinar los resultados de las actuaciones de enfermería. Reflexionar sobre la propia conducta.
Explicación	Apoyar los resultados y las conclusiones. Utilizar el conocimiento y la experiencia para elegir las estrategias que se deben utilizar en el cuidado del paciente.
Autorregulación	Reflexionar sobre las propias experiencias. Identificar las maneras en que se puede mejorar el propio desempeño. ¿Qué hará que crea que ha estado acertada?

En el área de Obstetricia, una paciente que está en el puerperio inmediato presenta facies pálidas, agitación, dolor abdominal tipo cólico y loquios en escasa cantidad. El profesional enfermero evidencia este particular, informa al médico de guardia y registra en su informe. ¿Qué concepto de pensamiento crítico muestra la enfermera?

Respuestas:

- Capacidad de análisis.
- Perseverancia.
- Integridad.
- Autoconfianza.

En el área de Obstetricia, una paciente que está en el puerperio inmediato presenta facies pálidas, agitación, dolor abdominal tipo cólico y loquios en escasa cantidad. El profesional enfermero evidencia este particular, informa al médico de guardia y registra en su informe. ¿Qué concepto de pensamiento crítico muestra la enfermera?

Respuestas:

- **Capacidad de análisis.**
- Perseverancia.
- Integridad.
- Autoconfianza.

La capacidad de análisis como conducta del pensamiento crítico menciona que analizar las situaciones potencialmente problemáticas; anticipar los resultados o las consecuencias posibles; valorar el razonamiento; utilizar el conocimiento basado en la evidencia.

La enfermera con conocimiento científico y experiencia de acuerdo al caso clínico identifica que algo está mal con la sintomatología presente, mostrando esa capacidad de análisis e informar el problema anticipándose a posibles consecuencias que pongan en riesgo la salud de la paciente.



De los siguientes enunciados. ¿Cuál corresponde al pensamiento crítico en Enfermería?

Respuestas:

- Proceso de indagación continua y perseverancia combinada dirigido al logro de un objetivo que permite emitir juicios basados en evidencia.
- Proceso permanente de crecimiento intelectual y emocional que implica aprender nuevos conocimientos, resolver problemas, hacer juicios.
- Modelo sistemático y ordenado de pasos para recoger datos y resolver problemas, utilizado por los profesionales del equipo sanitario.
- Implica evaluar la solución en un cierto plazo de tiempo para cerciorarse si es efectiva, realizando diversas opciones si se repite un problema.

De los siguientes enunciados. ¿Cuál corresponde al pensamiento crítico en Enfermería?

Respuestas:

- **Proceso de indagación continua y perseverancia combinada dirigido al logro de un objetivo que permite emitir juicios basados en evidencia.**
- Proceso permanente de crecimiento intelectual y emocional que implica aprender nuevos conocimientos, resolver problemas, hacer juicios.
- Modelo sistemático y ordenado de pasos para recoger datos y resolver problemas, utilizado por los profesionales del equipo sanitario.
- Implica evaluar la solución en un cierto plazo de tiempo para cerciorarse si es efectiva, realizando diversas opciones si se repite un problema.

De las actitudes y aplicaciones del pensamiento crítico en la práctica enfermera, una de ellas es solicitar ayuda si no se está seguro sobre cómo realizar alguna técnica. ¿A qué actitud hace referencia el enunciado?

Respuestas:

- Responsabilidad y autoridad.
- Perseverancia.
- Humildad.
- Integridad.



De las actitudes y aplicaciones del pensamiento crítico en la práctica enfermera, una de ellas es solicitar ayuda si no se está seguro sobre cómo realizar alguna técnica. ¿A qué actitud hace referencia el enunciado?

Respuestas:

- **Responsabilidad y autoridad.**
- Perseverancia.
- Humildad.
- Integridad.



Paciente: Mujer, treinta y cinco años, presenta dolor abdominal agudo y náuseas. Signos y síntomas: Al ingresar a la consulta, la paciente refiere dolor intenso en la zona del abdomen, acompañado de episodios de vómito y fiebre moderada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sensibilidad en la palpación del abdomen y decide realizar un análisis de sangre y una ecografía para descartar apendicitis o cualquier otra afección abdominal. ¿Cuál de las siguientes opciones es la acción más adecuada a seguir después de la valoración inicial?

- A. Administrar analgésicos y solicitar una consulta con un especialista en gastroenterología.
- B. Enviar a la paciente a casa con recomendaciones de reposo y seguimiento en veinticuatro horas.
- C. Ingresar a la paciente para observación y realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico.

Paciente: Mujer, treinta y cinco años, presenta dolor abdominal agudo y náuseas. Signos y síntomas: Al ingresar a la consulta, la paciente refiere dolor intenso en la zona del abdomen, acompañado de episodios de vómito y fiebre moderada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sensibilidad en la palpación del abdomen y decide realizar un análisis de sangre y una ecografía para descartar apendicitis o cualquier otra afección abdominal. ¿Cuál de las siguientes opciones es la acción más adecuada a seguir después de la valoración inicial?

- A. Administrar analgésicos y solicitar una consulta con un especialista en gastroenterología.
- B. Enviar a la paciente a casa con recomendaciones de reposo y seguimiento en veinticuatro horas.
- C. Ingresar a la paciente para observación y realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico.**

Ingresar a la paciente para observación y realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico, sería la respuesta correcta. Esto se debe a la gravedad de los síntomas, como el dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos y fiebre, que podrían indicar una condición seria como apendicitis u otra afección abdominal urgente.



Pensamiento crítico

Paciente: Mujer, cuarenta años, con antecedentes de asma, acude a consulta por dificultad respiratoria y tos persistente. Signos y síntomas: La paciente menciona que ha tenido dificultad para respirar y una tos seca que no cede, especialmente durante la noche. No ha estado utilizando su inhalador de manera regular. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sibilancias durante la auscultación pulmonar y mide la saturación de oxígeno, que resulta estar ligeramente baja: Selecciona las actitudes que demuestran pensamiento crítico en la atención de esta paciente.

- A. Curiosidad: Investigar más sobre los hábitos de uso del inhalador y otros factores que puedan estar influyendo en la exacerbación del asma.
- B. Imparcialidad: Evaluar la situación de la paciente sin prejuizar su falta de adherencia al tratamiento.
- C. Confianza: Aplicar el protocolo estándar para tratar la exacerbación del asma sin necesidad de ajustar el enfoque a esta paciente en particular.
- D. Disciplina y perseverancia: Asegurarse de que la paciente comprenda completamente cómo y cuándo usar su inhalador, revisando varias veces si es necesario.

Respuestas:

1. A,B,D
2. A,C,B
3. B,C,D

Pensamiento crítico

Paciente: Mujer, cuarenta años, con antecedentes de asma, acude a consulta por dificultad respiratoria y tos persistente. Signos y síntomas: La paciente menciona que ha tenido dificultad para respirar y una tos seca que no cede, especialmente durante la noche. No ha estado utilizando su inhalador de manera regular. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sibilancias durante la auscultación pulmonar y mide la saturación de oxígeno, que resulta estar ligeramente baja: Selecciona las actitudes que demuestran pensamiento crítico en la atención de esta paciente.

- A. Curiosidad: Investigar más sobre los hábitos de uso del inhalador y otros factores que puedan estar influyendo en la exacerbación del asma.
- B. Imparcialidad: Evaluar la situación de la paciente sin prejuizar su falta de adherencia al tratamiento.
- C. Confianza en el razonamiento: Aplicar el protocolo estándar para tratar la exacerbación del asma sin necesidad de ajustar el enfoque a esta paciente en particular.
- D. Disciplina y perseverancia: Asegurarse de que la paciente comprenda completamente cómo y cuándo usar su inhalador, revisando varias veces si es necesario.

Respuestas:

1. A,B,D
2. A,C,B
3. B,C,D

Las opciones A, B y D son correctas porque representan actitudes específicas del pensamiento crítico en enfermería. La opción A (curiosidad y mente abierta) es esencial para entender completamente los factores que afectan la salud de la paciente. La opción B (imparcialidad y juicio justo) permite una valoración justa y libre de prejuicios. La opción D (disciplina y perseverancia) asegura que la paciente reciba educación adecuada y repetida sobre el uso de su inhalador, mejorando así su adherencia al tratamiento y resultados de salud.

La opción C no es la respuesta correcta porque no refleja una actitud de pensamiento crítico en enfermería. **Aplicar el protocolo estándar sin ajustar el enfoque a las necesidades específicas de la paciente** no demuestra confianza en el razonamiento. El pensamiento crítico en enfermería implica evaluar cada situación de manera individual y adaptar los cuidados a las circunstancias y necesidades particulares del paciente, en lugar de seguir un enfoque único para todos.



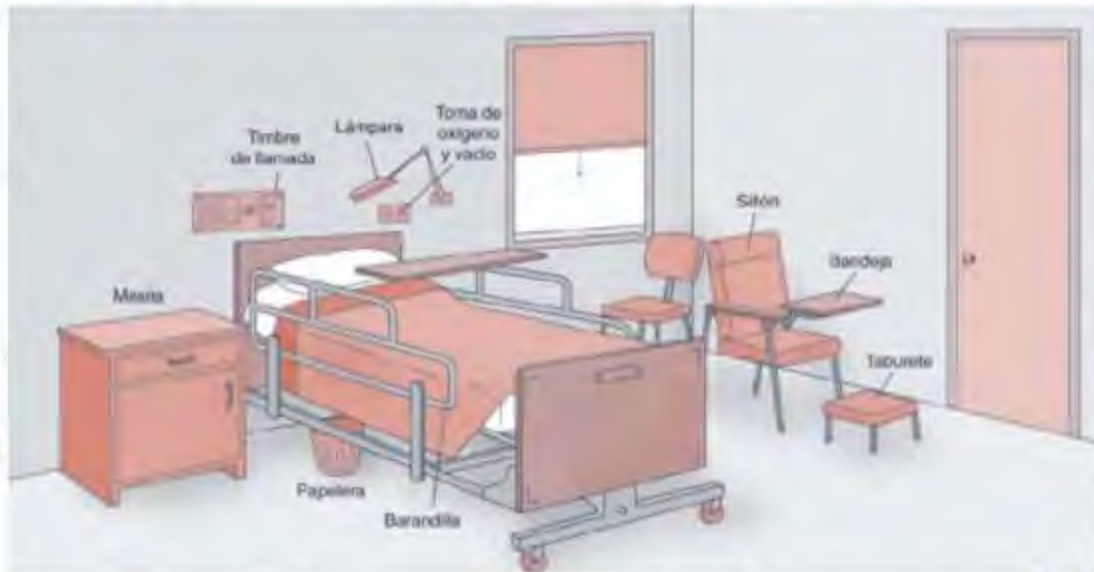
Curso

La Unidad del Paciente: Limpieza y Desinfección

Lcda. Eliana Bonifaz



Unidad del Paciente

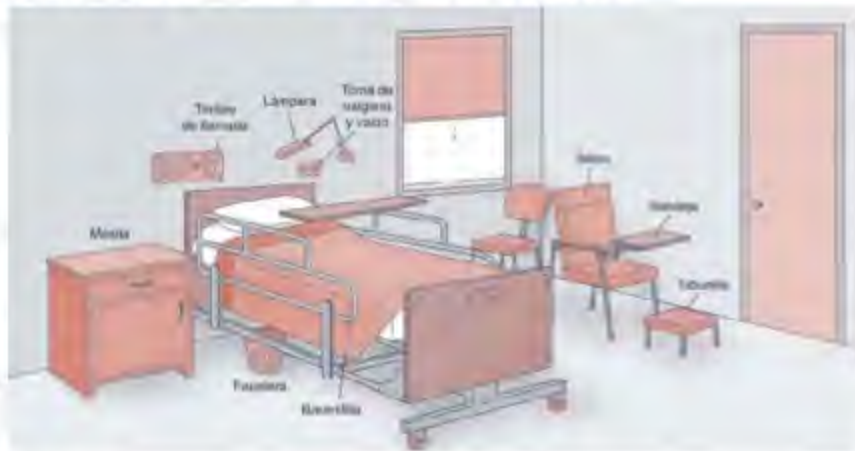


Conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza durante su estancia en el centro hospitalario.

Unidad de pediatría: en este caso es importante que se diseñe y decore con colores especiales o con motivos que llamen la atención del niño y le resulten alegres y atractivos

Unidad de geriátrico: Pacientes dependientes o por otro motivo de discapacidad o invalidez la unidad deberá estar adaptada al tipo de paciente, sillas de rueda, mayor espacio, suelo antideslizante, etc.

Unidades con características especiales: medicina intensiva, obstetricia, pediatría, traumatología, quemados, radioterapia, etc. Otro tipo de utensilios.



Materiales

Se le debe proporcionar una serie de materiales o productos para favorecer su comodidad en la realización de las actividades diarias de higiene personal, alimentación y eliminación de excretas, y para facilitar la ejecución de los cuidados diarios que éste necesite.



Limpieza y Desinfección

Los profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud desempeñan un papel clave para reducir la propagación de la enfermedad, minimizar las complicaciones y disminuir los resultados adversos para sus pacientes.

Limpieza: Proceso de separación, por medios mecánicos y/o físicos, de la suciedad depositada en las superficies inertes, que constituyen un soporte físico y nutritivo del microorganismo en el que el mismo puede desarrollarse con capacidades reproductivas.

Desinfección: elimina de forma específica las bacterias y virus de superficies u objetos mediante el uso de productos químicos, en objetos inanimados aplicado sustancia desinfectantes.

Antisepsia

Básicamente el proceso de antisepsia es el mismo que el de desinfección, la gran diferencia entre ambos conceptos deriva de la superficie sobre la que se aplica. En la desinfección, el desinfectante a utilizar se distribuye sobre zonas u objetos inanimados, mientras que en la antisepsia se aplica sobre superficies animadas (como, por ejemplo, la piel de una persona).

Métodos físicos	Pasteurización: agua a 77°C durante 30 minutos. Destruye microorganismos pero no esporas bacterianas
	Hervido: agua a 100°C o más, durante 5 a 20 minutos, en un recipiente cerrado. Secado con toalla estéril o aire
	Desinfectadores de agua o chorro de agua: temperaturas superiores a 90°C. Limpieza de útiles del paciente (cuñas, botellas, etc).
	Radiación ultravioleta: inactiva microorganismos al desnaturalizar los ácidos nucleicos.
Métodos químicos	Antisépticos: consiste en aplicar sustancias químicas en los tejidos vivos (piel o mucosas), para eliminar los microorganismos patógenos y/o inactivar virus. Existe gran diversidad.

La técnica de limpieza y desinfección recomendada incluye el empleo de los siguientes principios:

- De arriba hacia abajo: iniciando por techos, luego paredes y puertas; y por último suelos.

- De adentro hacia fuera iniciando por el lado opuesto a la entrada.

Iniciar de lo más limpio y terminar en lo más contaminado, evitando así la proliferación de microorganismos.

- Las superficies deben quedar lo más secas posibles. La humedad favorece la multiplicación de los gérmenes

- Al cambiar de labor, es necesario lavar muy bien los guantes y desinfectarlos o desecharlos si es necesario

- Retirar elementos y/o residuos hospitalarios según las normas de bioseguridad y manejo de los mismos.

La limpieza y desinfección de la unidad del paciente se divide en dos tipos:

Concurrente/Rutinaria/Diaria

Se realiza en forma diaria

Terminal

Se realizará al egreso del paciente, en forma minuciosa (por ejemplo: colchón, incubadoras, cunas, accesorios del paciente y mobiliario).



Clasificación de las áreas de limpieza

Crítica

- Quirófanos
- Laboratorio
- Banco de sangre
- Hospitalización
- Urgencias
- Cuidados críticos
- **Albergues y sala de internaciones con pacientes COVID-19 positivo**

Semicrítica

- Salas de internados de pacientes sin infecciones.
- Áreas comunes.
- Enfermerías.
- **Consultorios ambulatorios.**
- Baños.
- Ascensores.
- Pasillos.
- Vestidores.
- Estar médico.

No crítica

- Oficinas gerenciales.
- Áreas dentro de los establecimientos de salud no ocupados por pacientes y donde no se realizan procedimientos generadores de aerosoles.
- Oficinas administrativas.

Limpieza y Desinfección Concurrente

Limpieza y desinfección de objetos en contacto directo o indirecto con el paciente, estando el paciente presente, de rutina preestablecida, inmediatamente si existen fluidos corporales del paciente.

El aseo concurrente incluye limpieza del velador, mesa, silla, piso, cama y soportes de suero.

En quirófano, antes de cada intervención quirúrgica, al término de cada intervención quirúrgica y después de todas intervenciones quirúrgicas del día

Limpieza y Desinfección Terminal

Se realizará inmediatamente después del alta, traslado o defunción del paciente; teniendo en cuenta los principios básicos de la limpieza.

En las áreas críticas: UCI adulto y pediátrico, neonatología, áreas de aislamiento, debería **hacerse 1 vez por semana**.

La desinfección terminal incluye una limpieza y desinfección minuciosa de todos los elementos y planta física de la habitación o unidad del paciente y clínica de enfermería.

Limpieza de fluidos derramados

Si en alguna de estas áreas se presenta un derrame de fluidos corporales, la limpieza y desinfección debe ser de alto nivel.

La desinfección terminal incluye una limpieza y desinfección minuciosa de todos los elementos y planta física de la habitación o unidad del paciente y clínica de enfermería.

Identifique el criterio a tener en cuenta en la desinfección de la unidad del paciente:

Respuestas:

- Comenzar por las áreas más limpias.
- Sacudir el polvo antes de aplicar la solución desinfectante.
- Iniciar la desinfección terminal al final del turno de trabajo.
- Realizar la desinfección concurrente después del alta del paciente.

Identifique el criterio a tener en cuenta en la desinfección de la unidad del paciente:

Respuestas:

- **Comenzar por las áreas más limpias.**
- Sacudir el polvo antes de aplicar la solución desinfectante.
- Iniciar la desinfección terminal al final del turno de trabajo.
- Realizar la desinfección concurrente después del alta del paciente.

Durante la desinfección concurrente en la unidad del paciente, es crucial limpiar y desinfectar las superficies de contacto frecuente, como ____, al menos _____.

Opciones:

- A. los interruptores de luz; una vez por semana
- B. las barandillas de la cama; dos veces al día
- C. los suelos; una vez al día
- D. los baños; después de cada uso

Durante la desinfección concurrente en la unidad del paciente, es crucial limpiar y desinfectar las superficies de contacto frecuente, como ____, al menos ____.

Opciones:

- A. los interruptores de luz; una vez por semana
- B. las barandillas de la cama; dos veces al día**
- C. los suelos; una vez al día
- D. los baños; después de cada uso

Unidad del Paciente

Las superficies de contacto frecuente, como las barandillas de la cama, deben limpiarse y desinfectarse al menos dos veces al día para minimizar el riesgo de transmisión de patógenos en la unidad del paciente. Esto es especialmente importante en entornos hospitalarios donde los pacientes pueden tener sistemas inmunitarios comprometidos.



Virginia Henderson y otros autores encuadran la higiene dentro de las necesidades básicas de las personas. De hecho, Maslow establece como prioritarias las necesidades fisiológicas, dentro de las cuales están la necesidad de termorregulación y la necesidad de eliminación, en donde la piel tiene especial importancia, por lo que es imprescindible que esta se mantenga en buen estado.

Higiene: Se ocupa de las prácticas que conducen a una buena salud, y su conservación; entendiendo que una buena higiene personal, es importante para la salud de los individuos, pero la higiene mental es imprescindible para vivir y desarrollarse en armonía

Virginia Henderson y otros autores encuadran la higiene dentro de las necesidades básicas de las personas. De hecho, Maslow establece como prioritarias las necesidades fisiológicas, dentro de las cuales están la necesidad de termorregulación y la necesidad de eliminación, en donde la piel tiene especial importancia, por lo que es imprescindible que esta se mantenga en buen estado.

Higiene: Se ocupa de las prácticas que conducen a una buena salud, y su conservación; entendiendo que una buena higiene personal, es importante para la salud de los individuos, pero la higiene mental es imprescindible para vivir y desarrollarse en armonía

Finalidad de la higiene

- Observar cualquier signo que pueda ser orientativo de un problema de salud (piel, sistema musculo - esquelético, conducta, entre otros).
- Conservar la integridad de la piel para que pueda realizar adecuadamente sus funciones.
- Evitar acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana, que favorece la aparición de infecciones.
- Eliminar células descamadas y suciedad, y evitar el mal olor.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Disminuir la temperatura corporal en casos de que el paciente presente fiebre.
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.
- Mejorar su confort y bienestar.
- Favorecer la relación de ayuda, por la proximidad que requieren los procedimientos.

Aseo General

Son las técnicas de baño del paciente que incluyen aseo en ducha, en cama, entre otras. Éste se realiza sobre toda la superficie corporal. Debe llevarse a cabo diariamente, generalmente por la mañana, antes del cambio de ropa de cama. Si el paciente es independiente o mínimamente dependiente, lo hará el mismo, con supervisión del técnico de enfermería de nivel superior.

Aseo Parcial

Éstas son, aseo del cabello, genitales, oral, entre otras. Pueden realizarse junto al aseo general o bien por separado, puesto que su frecuencia variará dependiendo de las necesidades del paciente.

Categorías de baño

Baño completo en la cama: El profesional de enfermería lava todo el cuerpo de un paciente dependiente en la cama.

Baño en la cama con ayuda del paciente: Los pacientes confinados a la cama son capaces de bañarse a sí mismos con la ayuda del profesional de enfermería en la espalda y quizá los pies.

Baño parcial: Sólo se lavan las partes del cuerpo del paciente que pudieran producir molestias u olor si se descuidaran: la cara, las manos, las axilas, la zona perineal y la espalda. Se omiten los brazos, el tórax, el abdomen, las piernas y los pies.

Baño en bañera: También se usan para baño terapéuticos.

Ducha: Muchos pacientes ambulatorios son capaces de usar la ducha y sólo necesitan una mínima ayuda del profesional de enfermería.

Agua templada - 43 °C a 46 °C

Categorías de baño

Los diferentes tipos de baño permiten valorar:

- **Estado de la piel** (color, textura y turgencia, presencia de manchas pigmentadas, temperatura, lesiones, excoriaciones, abrasiones y hematomas)
- **Factores físicos o emocionales** (p. ej., fatiga, sensibilidad al frío, necesidad de control, ansiedad o miedo)
- **Presencia de dolor** y necesidad de medidas complementarias (p. ej., un analgésico) antes del baño
- **Arco de movilidad** de las articulaciones
- Cualquier otro aspecto de la salud que pueda afectar al proceso de baño del paciente (p. ej., movilidad, fuerza, conocimiento)

Higiene Bucal

La higiene oral constituye el método fundamental para que el paciente pueda gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas. Según la salud bucal del paciente, pueden precisarse cuidados especiales cada 2 a 8 horas.

Materiales: Torulas de algodón, suero Fisiológico, cepillo dental, Enjuague bucal, Bolsa de desechos, guantes de procedimientos, pasta de dientes.

Limpiar la cavidad oral con torulas humedecidas con agua tibia y con movimientos circulares abarcar mucosa oral, encías y cada pieza dentaria desde su base

Higiene Bucal

Para el enjuague bucal suele usarse clorhexidina concentraciones de 0.12, 0.2% y 0.05%

Actúa sobre el Streptococcus Mutans habitual en los procesos de caries y sobre Candida Albicans que da lugar a micosis o infección por hongos.

Higiene Ocular

Normalmente los ojos no requieren aseo especial porque el líquido lagrimal lava constantemente el ojo. Los párpados y las pestañas impiden la entrada de partículas del exterior. Sin embargo, los pacientes inconscientes, post operados de cirugía ocular o los que presenten algún tipo de infección, requieren de una higiene proporcionada por un profesional de salud.

Materiales: Tórulas gasas, o gasas, suero fisiológico, bolsa de desechos, guantes de procedimientos.

Humedezca una torula de gasa en suero fisiológico y limpie sólo la secreción en el ángulo interno del ojo si existe. Elimina la torula en el depósito para material sucio.

Higiene de Oídos

En general, este procedimiento suele hacerlo el paciente, sin mayores inconvenientes. En caso que el paciente esté inconsciente o presente dificultades en la movilización, enfermería debe realizar esta acción.

Materiales: Torulas de algodón, agua bidestilada o suero fisiológico al 0,9%, bolsa de desechos, guantes de procedimientos.

Con tórula humedecida con agua bidestilada o suero fisiológico al 0,9% limpiar el pabellón auricular haciendo hincapié en pliegues y región retroauricular

Higiene Nasal

Se realiza aseo nasal cuando la nariz se encuentre con secreciones secas y el paciente no se lo pueda realizar por sí solo.

Materiales: Torulas de algodón, agua bidestilada o suero fisiológico al 0,9%, bolsa de desechos, guantes de procedimientos.

Introducir la torula por el orificio nasal suavemente, con movimientos rotatorios y ascendente.

Repetir procedimiento hasta retirar toda la secreción acumulada en ambas fosas nasales.

Higiene Genital

Es una técnica que se utiliza para evitar las infecciones urinarias y ulceraciones, así como proporcionar al paciente una sensación de bienestar y comodidad. Se realiza siempre al final del aseo general, después de las deposiciones y cada vez que sea necesario.

Materiales: Jarro con agua tibia sola, Guantes de procedimientos, pechera desechable, 5 Torulas grandes de algodón mojadas y estrujadas, biombo (en caso de ser necesario), bolsa de desecho.

Higiene Genital – Femenino

- Desde el pubis hacia abajo, por arrastre, sin devolverse en la zona inguinal derecha y después izquierda.
- Sobre los labios mayores, derecho e izquierdo, igual técnica.
- Separar los labios mayores con la mano dominante y con la otra limpie labios menores de arriba abajo, utilizando una torula.
- Con una torula limpiar vulva con un solo movimiento desde arriba hacia abajo.
- Con la última torula limpiar con un solo movimiento de arriba hacia abajo zona anal.

Higiene Genital – Masculino

- Limpiar zona inguinal pasando torula desde el pubis hacia abajo por ambos lados, utilizando una torula por vez.
- Limpiar las bolsas escrotales
- Limpiar el pene desde la base a distal primero la cara anterior con la torula y luego la cara posterior del pene con la cara opuesta de la torula en la misma dirección
- Echar suavemente hacia atrás el prepucio y con una torula limpiar el glande con un movimiento giratorio
- Limpiar en un solo movimiento la zona anal.

Paciente: Mujer de treinta y cinco años, con antecedentes de diabetes tipo 2 y obesidad. Al ingresar a la consulta, presenta signos de infección en una herida quirúrgica reciente en la pierna derecha, con enrojecimiento, hinchazón y exudado purulento. La revisión clínica indica una posible celulitis. El profesional de salud debe decidir el mejor curso de acción para tratar la infección y mejorar la higiene de la herida. ¿Cuál de las siguientes acciones es más apropiada para la limpieza de la herida de este paciente?

Respuesta

1. Lavar la herida solo con agua y jabón.
2. Usar una solución salina estéril para limpiar la herida.
3. Aplicar un desinfectante fuerte, como peróxido de hidrógeno, directamente sobre la herida.

Paciente: Mujer de treinta y cinco años, con antecedentes de diabetes tipo 2 y obesidad. Al ingresar a la consulta, presenta signos de infección en una herida quirúrgica reciente en la pierna derecha, con enrojecimiento, hinchazón y exudado purulento. La revisión clínica indica una posible celulitis. El profesional de salud debe decidir el mejor curso de acción para tratar la infección y mejorar la higiene de la herida. ¿Cuál de las siguientes acciones es más apropiada para la limpieza de la herida de este paciente?

Respuesta

1. Lavar la herida solo con agua y jabón.
2. **Usar una solución salina estéril para limpiar la herida.**
3. Aplicar un desinfectante fuerte, como peróxido de hidrógeno, directamente sobre la herida.

La solución salina estéril es ideal para la limpieza de heridas porque es isotónica y no causa daño adicional al tejido. Ayuda a eliminar los residuos y bacterias sin ser irritante o tóxica para la piel y los tejidos expuestos.

En contraste, lavar solo con agua y jabón (opción uno) podría no ser suficiente para desinfectar adecuadamente, y usar un desinfectante fuerte como el peróxido de hidrógeno (opción tres) puede dañar el tejido sano y retrasar la cicatrización. Por lo tanto, la solución salina estéril es la opción más segura y efectiva.

Paciente de 66 años, hospitalizado desde hace 15 días en el área de UCI con ventilación mecánica invasiva. Durante el turno se observa que el paciente presenta mal olor y presencia de secreción blanquecina a nivel bucal. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es prioritaria para realizar la higiene oral al paciente?

Respuestas:

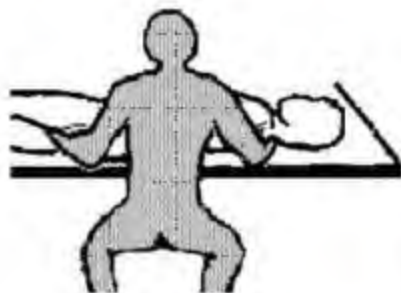
- Aplicar solución antiséptica de clorhexidina al 0.12%
- Cepillar primero las superficies exteriores de los dientes.
- Evitar realizar aspiraciones durante el procedimiento.
- Un enfermero se encarga del cuidado de un paciente.

Paciente de 66 años, hospitalizado desde hace 15 días en el área de UCI con ventilación mecánica invasiva. Durante el turno se observa que el paciente presenta mal olor y presencia de secreción blanquecina a nivel bucal. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es prioritaria para realizar la higiene oral al paciente?

Respuestas:

- **Aplicar solución antiséptica de clorhexidina al 0.12%**
- Cepillar primero las superficies exteriores de los dientes.
- Evitar realizar aspiraciones durante el procedimiento.
- Un enfermero se encarga del cuidado de un paciente.

Fundamentos del cuidado enfermero



MECANICA CORPORAL

Comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso para utilizar el sistema musculoesquelético de forma eficaz, y evitar la fatiga innecesaria y la aparición de lesiones en el profesional y en el paciente, aumentando el bienestar. V

Consiste en la correcta colocación y manipulación de los pacientes para moverlos en la cama, camilla o silla de ruedas. Las técnicas de movilización se emplean tanto en la propia habitación como en el traslado a otras dependencias del centro sanitario.

MECANICA CORPORAL

Higiene postural

En relación a la carga de pesos, recomendaciones:

No se debe inclinar el tronco con las piernas en extensión, ni girar con el peso separado de su cuerpo.

a) Mantenga la espalda recta.

b) Flexione las rodillas y caderas.

c) Sujete a la persona o el peso que esté transfiriendo lo más cerca posible de su cuerpo.

d) Mientras realiza el esfuerzo de elevación del peso, pase sus piernas de flexión a extensión. Evite realizar este esfuerzo con la espalda inclinada hacia delante.

No eleve el peso que transporte por encima del pecho.

f) Traslade a la persona lo más cerca posible de su cuerpo, desplazándose usted con las rodillas ligeramente flexionadas para no sobrecargar la columna.

PRINCIPIOS – MECANICA CORPORAL

Despejar el camino a recorrer, si lo hubiera.

Colocar bien los pies: apoyados firmemente en el suelo, de manera estable, separados ligeramente uno de otro y más adelantado el pie en dirección al movimiento.

Mantener la espalda recta.

Flexionar las piernas.

Aproximar el cuerpo de la persona a la que se está ayudando. Cuando hay que mover a una persona en situación de dependencia, se debe mantener su cuerpo muy cerca del propio cuerpo, así se reparte mejor la carga.

PRINCIPIOS – MECANICA CORPORAL

- Seguridad en el agarre. El cuidador debe sujetar firmemente a la persona en situación de dependencia para evitar caídas.
- Ampliar la base de sustentación del cuidador. Los pies de la persona que ayuda deben estar separados para aumentar el equilibrio, dirigiendo una de las puntas de los pies en la dirección del movimiento y la otra ligeramente flexionada para realizar el desplazamiento con las piernas y no forzar la espalda.
- Sincronizar movimientos. Se debe crear un contrapeso al trasladar a la persona, realizando los movimientos al mismo tiempo, persona en situación de dependencia y persona cuidadora. Así se reduce su peso a menos de la mitad.

Tener en cuenta que deslizar o empujar
requiere menos esfuerzo que levantar

CAMBIOS POSTURALES

Las personas en situación de dependencia pueden estar largos periodos de tiempo con un gran sedentarismo e incluso inmovilismo, por lo que hay que proteger las zonas de riesgo en donde se pueden provocar úlceras por decúbito, estas zonas de riesgo se extienden, sobre todo, en las zonas de prominencias óseas.

Ayudan a mejorar la función cardiovascular y respiratoria y evitan la rigidez articular y la flacidez muscular



CAMBIOS POSTURALES

- Si puede colaborar y está encamada durante todo el día, se deben realizar los cambios posturales cada hora.
- Si puede realizarlos de forma autónoma, hay que pedirle que los realice más a menudo.
- Si no puede colaborar, hay que hacerlos cada 2-3 horas.
- Hay que tener cuidado al hacer los cambios posturales, ya que se pueden provocar úlceras por el roce o hematomas por golpes. Recordar que nunca hay que arrastrar a la persona sobre la cama.

CAMBIOS POSTURALES

- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Mantener la alineación corporal.
- Distribuir bien el peso de la persona con la ayuda de almohadas y/o protecciones.
- Dar siempre estabilidad y equilibrio a la persona en situación de dependencia.
- Utilizar productos de apoyo que amortigüen las zonas de presión: colchones de aire; almohadones; protectores locales, sobre todo en talones y tobillos.

CAMBIOS POSTURALES

Para poder llevar a cabo este plan de cambios posturales, debemos conocer cómo movilizar a los pacientes, debido a que existen técnicas determinadas para no dañar al paciente, ni dañarnos nosotros mismo con el esfuerzo de movilizar a un paciente.



Movilización de pacientes

Grados de dependencia

Pacientes autónomos: No requieren ayuda

Pacientes dependientes o que no colaboran: Necesitan asistencia del personal de enfermería

Aspectos generales

- Paciente alienado y evitar lesiones por desplazamiento
- Valorar al paciente, capacidad de movimiento, posición no permitida.
- Capacidad del paciente para colaborar.
- Asegurar el apoyo necesario para los movimientos.
- Planificar adecuadamente evitando lesiones
- Explicar al paciente
- Colocar la cama a una altura adecuada
- Principios de mecánica corporal

Movilización de pacientes

POSICIONES CORPORALES

DECUBITO SUPINO

- Exploraciones
- Postoperatorio
- Estancia en cama



DECUBITO PRONO

- Intoxicaciones/cama
- Operados columna



DECUBITO LATERAL

- Administrar enemas
- Higienizar corporal



SIMS / SEMIPRONA

- Pruebas
- Posición lateral de seguridad



FOWLER

- Problemas
- Cardíacos
- Respiratorios



TRENDELEMBURG

- Linfomas
- Sarcoides
- Hemorragias



ANTITRENDELEMBURG

- Herida de bazo
- exploración radiológica



ROSER / PROETZ

- Actulocopia traqueal
- RCP
- Exploración faríngea



LITOTOMIA

- Exploración ginecológica
- Partos
- Lavado genital
- Sondaje vesical



GENUPECTORAL

- Exploraciones
- rectales



Movilización de pacientes

Movilizar al paciente hacia el cabecero de la cama

Cambios de posición estando el paciente reposando en la misma superficie.

Decúbito supino a Decúbito lateral

Puntos de agarre:

Igual línea
anatómica, Rodilla,
muñeca, hombro,
cadera

Posición del cuidador:

Un pie adelantado
Dos puntos de agarre (cadera y
hombro)
El cuerpo en el centro de los dos
puntos de
agarre.

Movilización de pacientes

Decúbito supino a Decúbito lateral

Hacemos girar al paciente trasladando el peso de nuestro cuerpo, de la pierna adelantada a la atrasada, sincronizando el balanceo o basculación del paciente con el nuestro, en bloque hacia él.



MOVIMIENTO HACIA EL CABECERO CON EL PACIENTE DEPENDIENTE EN DECÚBITO SUPINO

Paciente con piernas flexionadas o cruzadas

Enfermero pasa su antebrazo por debajo de la espalda entre la axila, palmar completo.

Un pie en la cama y otro apoyado en el suelo ligeramente adelantado, apoyándose en el cabecera con la mano libre.

Se desplaza el peso ejerciendo fuerza con la pierna apoyada y la del suelo desplazando suavemente al paciente.



Traslado a otra superficie distinta a la que se mantenían con cambios posturales

De la cama a la silla

La axila del paciente encima de nuestro hombro presionando al mismo tiempo sus costillas con nuestro cuerpo, pasando la mano por debajo de sus muslos.

Piernas separadas y flexionadas, la mano libre se apoya primero en la cama, luego en la espalda del paciente sujetándolo y por último en la silla como apoyo.

Al cargar nos incorporamos con la fuerza de las piernas, soportando el peso con el hombro.

Nuestro cuerpo bien erguido, mantener la espalda completamente vertical. Al descargar flexionar las piernas usando el apoyo de la silla.

Traslado de pacientes de pacientes

De la cama a la silla



De la cama a una camilla

Técnica sencilla aunque no exenta de riesgos

Situar la cama donde se lo trasladara

Si el paciente **colabora** se trasladara el mismo con la ayuda de una persona ubicada en la cama vacía.

Si no colabora se necesitan 2 personas que mediante movimiento coordinado uno a cada lado de las camas.

Los brazos bajo la cadera y hombro del paciente

Primer tiempo y coordinadamente se lo mueve al borde la cama

Segundo tiempo se lo traslada a la nueva camilla

Mujer de 45 años, antecedentes de hernia discal, presenta dolor lumbar crónico y dificultad para levantar objetos pesados. Al ingresar a la consulta, se queja de un incremento del dolor después de haber realizado actividades domésticas. Al realizar la valoración clínica, se observa una postura incorrecta y tensión muscular en la zona lumbar. El profesional en salud determina que el dolor está relacionado con una mala mecánica corporal durante las actividades cotidianas. Se observa una falta de flexión adecuada de las rodillas al levantar peso, lo cual aumenta la presión sobre la columna vertebral. ¿De las siguientes recomendaciones, cuál es la más adecuada para mejorar la mecánica corporal de la paciente y disminuir el dolor lumbar?

- A) Usar una faja lumbar en todo momento para estabilizar la espalda.
- B) Aprender y practicar la técnica correcta de levantar objetos, utilizando principalmente la fuerza de las piernas y manteniendo la espalda recta.
- C) Evitar cualquier tipo de ejercicio físico para no agravar la condición lumbar.

Mujer de 45 años, antecedentes de hernia discal, presenta dolor lumbar crónico y dificultad para levantar objetos pesados. Al ingresar a la consulta, se queja de un incremento del dolor después de haber realizado actividades domésticas. Al realizar la valoración clínica, se observa una postura incorrecta y tensión muscular en la zona lumbar. El profesional en salud determina que el dolor está relacionado con una mala mecánica corporal durante las actividades cotidianas. Se observa una falta de flexión adecuada de las rodillas al levantar peso, lo cual aumenta la presión sobre la columna vertebral. ¿De las siguientes recomendaciones, cuál es la más adecuada para mejorar la mecánica corporal de la paciente y disminuir el dolor lumbar?

- A) Usar una faja lumbar en todo momento para estabilizar la espalda.
- B) Aprender y practicar la técnica correcta de levantar objetos, utilizando principalmente la fuerza de las piernas y manteniendo la espalda recta.**
- C) Evitar cualquier tipo de ejercicio físico para no agravar la condición lumbar.

Justificación

La técnica correcta de levantar objetos implica usar la fuerza de las piernas en lugar de la espalda, lo cual distribuye el esfuerzo de manera más adecuada y reduce la carga sobre la columna vertebral. Esto ayuda a prevenir lesiones y disminuir el dolor lumbar. Además, mantener la espalda recta y flexionar las rodillas durante el levantamiento asegura una mejor alineación del cuerpo, minimizando el riesgo de sobrecarga y tensión en la zona lumbar. En cambio, usar una faja lumbar constantemente puede llevar a la dependencia y a la debilitación de los músculos, y evitar el ejercicio físico no favorece la mejora de la fuerza y la flexibilidad necesarias para una buena mecánica corporal.

Para realizar cambios posturales en un paciente encamado, se deben colocar almohadas de soporte en los siguientes puntos: debajo de la __, entre las __, y a lo largo del ____, para asegurar una correcta alineación corporal y evitar puntos de presión. ¿Cuáles son los elementos que completan correctamente los espacios en blanco?

Respuesta

- A) Cabeza, rodillas, espalda
- B) Cuello, tobillos, espalda
- C) Cabeza, tobillos, piernas
- D) Cuello, rodillas, piernas

Para realizar cambios posturales en un paciente encamado, se deben colocar almohadas de soporte en los siguientes puntos: debajo de la __, entre las __, y a lo largo del ____, para asegurar una correcta alineación corporal y evitar puntos de presión. ¿Cuáles son los elementos que completan correctamente los espacios en blanco?

Respuesta

- A) Cabeza, rodillas, espalda**
- B) Cuello, tobillos, espalda
- C) Cabeza, tobillos, piernas
- D) Cuello, rodillas, piernas

Para realizar cambios posturales en un paciente encamado, se deben colocar almohadas de soporte en los siguientes puntos: debajo de la _____, entre las _____, y a lo largo del _____, para asegurar una correcta alineación corporal y evitar puntos de presión. ¿Cuáles son los elementos que completan correctamente los espacios en blanco?

Respuesta

- A) Cabeza, rodillas, espalda**
- B) Cuello, tobillos, espalda
- C) Cabeza, tobillos, piernas
- D) Cuello, rodillas, piernas

La técnica usada por parte del personal de enfermería dependerá del estado del paciente, se dividirán en pacientes que autonomía en la alimentación y pacientes que requieren de otro mecanismo para hacer uso de los nutrientes.



Alimentación por vía oral

Pacientes que pueden comer solos, no necesitan ayuda para comer, sin embargo, los cuidados previos son importantes, incluyen: la identificación y reparto correcto de la comida, preparar al paciente en una posición adecuada, verificar el tipo de dieta y corroborar con la comida, observar algún problema durante la alimentación, finalmente realizar higiene bucal.

Alimentación asistida

Procedimiento o conjunto de técnicas usadas para apoyar a las personas con dependencia o que de acuerdo a su estado físico o psicológico no les permita realizar de forma autónoma.



Proceso de digestión

Transformación de los alimentos a su paso por el tubo digestivo

Mecánica: Acciones físicas que reducen el tamaño de las partículas para avanzar por el tubo digestivo:

Triturado: Dientes

Deglución: Paso del alimento de la boca a la faringe.

Movimientos: Contracciones musculares digestivas:

De mezcla: mezclan las partículas con los jugos gástricos

Peristálticos: Avanza el alimento por el tubo.

Química: Transformación de macromoléculas en nutrientes ayudados por enzimas.

Boca: Saliva y enzima, Amilasa de glúcidos y almidón en azúcares mas sencillos

Estomago: Jugo gástrico Ac. Clorhídrico y enzima pepsina; digestión de proteínas.

I. Delgado: Jugos pancreáticos y enzimas: Lipasa descompone la grasa.

Proceso de digestión

Transformación de los alimentos a su paso por el tubo digestivo

Mecánica: Acciones físicas que reducen el tamaño de las partículas para avanzar por el tubo digestivo:

Triturado: Dientes

Deglución: Paso del alimento de la boca a la faringe.

Movimientos: Contracciones musculares digestivas:

De mezcla: mezclan las partículas con los jugos gástricos

Peristálticos: Avanza el alimento por el tubo.

Química: Transformación de macromoléculas en nutrientes ayudados por enzimas.

Boca: Saliva y enzima, Amilasa de glúcidos y almidón en azúcares mas sencillos

Estomago: Jugo gástrico Ac. Clorhídrico y enzima pepsina; digestión de proteínas.

I. Delgado: Jugos pancreáticos y enzimas: Lipasa descompone la grasa.

Alimentación asistida

Alimentación enteral: Sonda que va directo al estomago o intestino delgado.

Indicada: pacientes que no pueden tomar alimentos por la boca, que no pueden utilizar algún tramo de su tubo digestivo (estomago, esófago)

La administración puede realizarse por **sonda nasogástrica, sonda naso entérica y sondajes de implantación quirúrgica.**

El **personal de enfermería** realiza la administración de los nutrientes (a temperatura ambiente y templada), se ocupa de los cuidados de inserción y permeabilidad de la sonda, de la piel, del equilibrio entre aportes y perdidas, y de la prevención de complicaciones.

Alimentación asistida – Enteral

Jeringa de alimentación

Método tradicional, suele utilizarse una jeringa de 50 mL y 100 mL y se realiza una **administración intermitente** mediante emboladas de 200-400 mL, generalmente cada 4-6 horas, lo que hace que el proceso dure aproximadamente 15 minutos. Se emplea con una sonda nasogástrica.

Este sistema se está abandonando, en favor de otras técnicas que permiten un mejor control sobre la administración de la solución y que disminuyen la intolerancia gástrica o la diarrea.



Sistema de goteo

La solución nutritiva se presenta en una bolsa apropiada o se introduce en ella, conectándola a un sistema de goteo con cámara cuentagotas. La cantidad a infundir en 24 horas se fracciona en «tomas». La bolsa se cuelga en un soporte de sueros y se administra la solución a la frecuencia de flujo apropiada (número de gotas por minuto). Este método facilita la **administración intermitente**. La duración puede ser fraccionada, con una frecuencia similar a la de la jeringa de alimentación, o en goteo lento de varias horas. Es muy frecuente (se denomina también administración continua intermitente, por ser un método intermedio). Suele emplearse con sonda nasogástrica.



Con bomba de infusión enteral o nutribomba

Se utiliza una bomba de infusión en la que se ajusta la velocidad de entrada (mililitros/hora) de la solución nutritiva al interior del tubo digestivo. Es un método de **administración continua**. Suele emplearse con sonda nasointestinal o de gastrostomía. Suele ser de fácil manejo y consta de alarmas ópticas y acústicas ante fallos en la infusión, acodamiento, burbujas, falla de la batería o finalización. Es el método mejor tolerado por el paciente. Tiene una duración de 24 horas.



Alimentación asistida – Sonda Nasogástrica



Procedimiento 3. Alimentación por sonda nasogastrica

Recursos materiales

Dieta enteral, vaso con agua, jeringa de alimentación, batea, servilleta, guantes.

Protocolo de actuación

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes, explicar el procedimiento al paciente y pedirle su colaboración.
2. Ponerle en una posición cómoda (Fowler), colocarle la servilleta.
3. Destapar la sonda e irrigar con 30 ml de agua, aproximadamente (para comprobar la permeabilidad). En algunas ocasiones, previamente se comprueba el contenido gástrico residual, que no debe exceder de 100 ml.
4. Aspirar el preparado (ya sea comercial o elaborada en el hospital) con la jeringa de alimentación. Como debe estar templado puede calentarse al baño María.
5. Conectar la sonda con el cono de la jeringa e introducir el alimento de forma lenta y continua, por gravedad o ejerciendo una ligera presión.
6. Después de introducir el volumen indicado, irrigar de nuevo la sonda con 30 ml de agua. Con ello se evita la formación de costras, la obstrucción de la sonda y la reproducción bacteriana.
7. Tapar o pinzar la sonda y retirar el equipo, acomodar al paciente, dejándole un tiempo en la posición que estaba (si

lo desea), para evitar reflujo gastroesofágico (por el riesgo de broncoaspiración).

8. Observar la tolerancia del paciente a la dieta (sensación de plenitud, náuseas, vómitos, diarrea).
9. Comunicar las incidencias y datos observados a la enfermera para su registro.



Fig. 10.22. Nutrición a través de una sonda nasogástrica.

Alimentación asistida – Nasoenterica

El personal de enfermería se encargará de la perfusión, ya sea por goteo lento intermitente o continua.

Enfermería estará a cargo de:

- Vigilar los sistemas

- Higiene bucal

- Realización del balance

- Observación de la tolerancia nutricional

- Se selección el tipo de nutrición prescrita y la bomba a usar.

- Se purga, programa, conecta, y se inicia la infusión.

- Atentos a alarmas de las maquinas.

Alimentación asistida

Nasogástrica: Pacientes clínicamente estables que requieren apoyo nutricional.

Transpilórica: Pacientes con enfermedades que involucran el estómago, riesgo aspiratorio.

Gastrostomía: Pacientes con el esófago comprometido, alimentación a largo plazo.

Yeyunostomía: Pacientes con íleo paralítico asociado con cirugía abdominal.

Volumen Gástrico Residual

En los tipos de alimentación de forma intermitente esta medición se la realiza antes de cada alimentación, en la alimentación continua es de cada 4 a 8 horas.

Residuo gástrico positivo: presencia de volumen de drenado superior a 200 ml en cada comprobación, los volúmenes residuales mayores a 200 ml pueden vincularse con un riesgo aumentado de aspiración y neumonía asociada.

Los volúmenes gástricos residuales se miden antes de cada alimentación
----- y cada 4 a 8 horas durante la alimentación
----- . Los volúmenes residuales mayores a
----- pueden vincularse con un riesgo aumentado de
aspiración y neumonía asociada.

Respuestas:

- Intermitente – continua – 200 ml.
- Continua – intermitente – 100 ml.
- Intermitente – continua – 50 ml.
- Continua – intermitente – 150 ml.

Los volúmenes gástricos residuales se miden antes de cada alimentación
----- y cada 4 a 8 horas durante la alimentación
----- . Los volúmenes residuales mayores a
----- pueden vincularse con un riesgo aumentado de
aspiración y neumonía asociada.

Respuestas:

- **Intermitente – continua – 200 ml.**
- Continua – intermitente – 100 ml.
- Intermitente – continua – 50 ml.
- Continua – intermitente – 150 ml.

Alimentación Parenteral

También se la conoce como Hiperalimentación endovenosa, es el aporte al organismo, por vía parenteral, de los nutrientes necesarios para mantener el equilibrio nutricional en los pacientes que no se pueden usar la vía enteral o que requieran de un mayor aporte calórico y proteico.

Pacientes indicados

Fistulas digestivas, íleo paralítico, síndrome de mal absorción, **enfermedad de Crohn**, posterior a cirugía entérica, riesgo de broncoaspiración con nutrición enteral.

Enfermedad de Crohn: Enfermedad crónica autoinmunitaria que se caracteriza por la inflamación de la mucosa intestinal acompañado de diarrea crónica, dolor abdominal, etc. Dieta pobre en carbohidratos.

Nutrición Parenteral Central

Nutrientes que necesitan ser infundidos por vía central, debido a la alta osmolaridad de la solución que sobrepasa los 900 mOsm/L.

Composición

Este tipo de nutrición estar compuesta por Glucosa, lípidos, aminoácidos.

En pacientes con hipertrigliceridemia no se utilizan preparados con lípidos.

Nutrición Parenteral Periférica

Técnica de administración de nutrientes por vía periférica, en pacientes que tienen excluida la función gastrointestinal.

Es realizado por el personal de enfermería, tienen menos complicaciones que las NPC en cuanto a riesgo de infección asociadas a catéter venosos central.

Alimentación Parenteral Vías de administración

Al ser una técnica que se usa directamente el torrente circulatorio se enumeran las siguientes vías venosas usadas en su administración:

Vía periférica (NPP o nutrición parenteral periférica)

El catéter se introduce en una vena periférica (vena mediana basilica en el brazo, vena femoral en la pierna) y se fija a la piel con esparadrapo hipoalérgico. Suele emplearse cuando la nutrición parenteral es parcial, es decir, cuando completa el ingreso por vía digestiva. No es una vía segura y presenta elevado riesgo de flebotrombosis.

Vía central directa (NCP o nutrición parenteral central)

El catéter se introduce en una vena de grueso calibre para facilitar la dilución de la solución en el flujo sanguíneo, ya que las mezclas nutritivas suelen tener una alta concentración osmótica. Generalmente, se emplea la vena subclavia o la yugular, que desembocan en la vena cava superior. El catéter se fija a la piel con un punto de sutura, después de canalizada la vía. Es una de las vías de elección cuando se administra nutrición parenteral total. Después de insertar el catéter, es necesario comprobar radiológicamente su correcta colocación.

Vía central a través de una vía periférica (NCP)

El catéter (de gran longitud, flexible y radiopaco) se introduce desde una vena periférica hasta una vena central. Suele utilizarse para la nutrición parenteral total. Es necesaria una comprobación radiológica, posterior a la inserción del catéter, antes de comenzar la perfusión.

María, una paciente de 55 años, ha sido diagnosticada con cáncer gástrico avanzado y no puede recibir nutrición oral o enteral. Su equipo médico decide administrarle nutrición parenteral para asegurar que reciba los nutrientes necesarios. La nutrición parenteral de María debe incluir componentes esenciales para mantener su equilibrio nutricional y energético. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de componentes es el más adecuado para la nutrición parenteral de María?

- A) Aminoácidos, ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales
- B) Proteínas completas, grasas saturadas, carbohidratos simples
- C) Colágeno hidrolizado, triglicéridos de cadena larga, azúcares refinados
- D) Fibra dietética, grasas trans, carbohidratos complejos

María, una paciente de 55 años, ha sido diagnosticada con cáncer gástrico avanzado y no puede recibir nutrición oral o enteral. Su equipo médico decide administrarle nutrición parenteral para asegurar que reciba los nutrientes necesarios. La nutrición parenteral de María debe incluir componentes esenciales para mantener su equilibrio nutricional y energético. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de componentes es el más adecuado para la nutrición parenteral de María?

- A) Aminoácidos, ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales**
- B) Proteínas completas, grasas saturadas, carbohidratos simples
- C) Colágeno hidrolizado, triglicéridos de cadena larga, azúcares refinados
- D) Fibra dietética, grasas trans, carbohidratos complejos

Aminoácidos: Son los componentes básicos de las proteínas y esenciales para la reparación y el mantenimiento de los tejidos.

Ácidos grasos esenciales: Proveen energía y son cruciales para la función celular y la producción de hormonas.

Vitaminas y minerales: Son necesarios para numerosas funciones metabólicas y el mantenimiento de la salud general.

Estos componentes aseguran que María reciba una nutrición completa y equilibrada, necesaria para su recuperación y mantenimiento de la salud en ausencia de nutrición oral o enteral.

Mujer de 70 años con enfermedad de Alzheimer en fase avanzada. Presenta dificultad para tragar y pérdida de peso significativa en las últimas semanas. Ingres a la consulta con desnutrición moderada y debilidad generalizada. El profesional de salud observa que la paciente tiene un índice de masa corporal bajo, sequedad bucal y dificultad para comunicarse verbalmente. Considerando las dificultades de deglución y el riesgo de aspiración, se plantea la necesidad de iniciar alimentación con nutrición enteral para asegurar una adecuada ingesta de nutrientes. ¿Cuál de las siguientes técnicas de alimentación con nutrición enteral sería la más adecuada para la paciente?

Respuesta

- A) Alimentación por gravedad
- B) Alimentación por bomba de infusión continua
- C) Alimentación intermitente

Mujer de 70 años con enfermedad de Alzheimer en fase avanzada. Presenta dificultad para tragar y pérdida de peso significativa en las últimas semanas. Ingres a la consulta con desnutrición moderada y debilidad generalizada. El profesional de salud observa que la paciente tiene un índice de masa corporal bajo, sequedad bucal y dificultad para comunicarse verbalmente. Considerando las dificultades de deglución y el riesgo de aspiración, se plantea la necesidad de iniciar alimentación con nutrición enteral para asegurar una adecuada ingesta de nutrientes. ¿Cuál de las siguientes técnicas de alimentación con nutrición enteral sería la más adecuada para la paciente?

Respuesta

- A) Alimentación por gravedad
- B) Alimentación por bomba de infusión continua**
- C) Alimentación intermitente

Alimentación por gravedad: En relación al caso puede no ser suficiente para asegurar un aporte constante y controlado de nutrientes en pacientes con problemas de deglución severos como la paciente descrita, especialmente durante todo el día y la noche.

Alimentación intermitente: También es una opción común, pero puede no proporcionar la continuidad necesaria en el suministro de nutrientes, lo cual es crucial para mantener la estabilidad nutricional en pacientes con desnutrición moderada.

Alimentación por bomba de infusión continua: Esta opción permite administrar de manera continua y controlada la nutrición enteral, asegurando que la paciente reciba un flujo constante de nutrientes a lo largo del día y durante la noche, sin interrupciones importantes. Esto es especialmente importante para evitar fluctuaciones en los niveles de glucosa y proporcionar una nutrición constante y equilibrada, mejorando así la recuperación nutricional de la paciente con enfermedad de Alzheimer avanzada y dificultades para tragar.

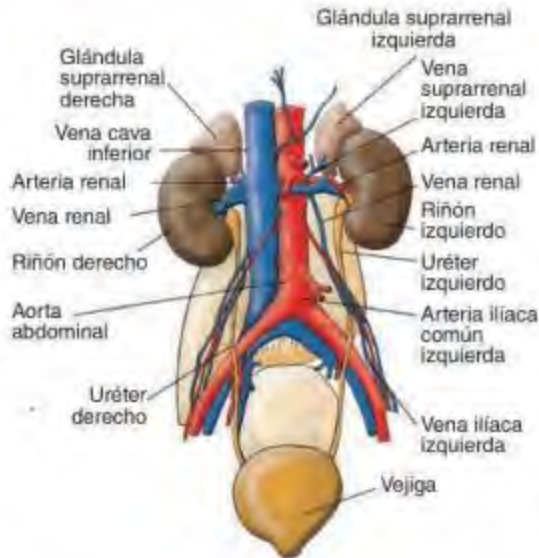
Curso

Eliminación urinaria e intestinal

Lcdo. Bryan Monserrate Macias

Aparato excretor

2 riñones, 2 uréteres, vejiga y uretra



Aparato excretor

2 riñones, 2 uréteres, vejiga y uretra

Corpúsculo renal o de Malpighi.

Compuesto por:

- **Glomérulo renal:** formado por una redcilla de capilares que reciben sangre a través de una arteriola aferente, y la eliminan por una arteriola eferente.
- **Cápsula de Bowman:** formada por una doble capa de tejido epitelial plano, que deja en su interior un espacio libre (espacio capsular) para recoger la orina filtrada en el glomérulo.

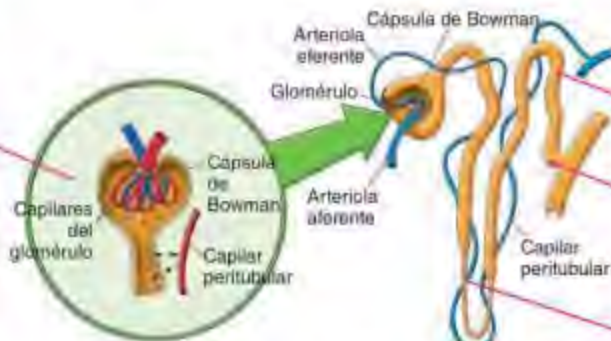


Fig. 11.3. Componentes de la nefrona.

Túbulos renales:

- **Túbulo contorneado proximal:** es la primera parte del sistema tubular. Parte del corpúsculo renal, tiene una trayectoria espiral y en su interior contiene millones de microvellosidades.
- **Asa de Henle:** parte del túbulo proximal, tiene forma de «U» y consta de:
 - **Rama descendente:** porción delgada que llega hasta la médula renal.
 - **Rama ascendente:** de calibre más grueso, que se continúa con el túbulo distal.
- **Túbulo contorneado distal:** tiene un aspecto similar al túbulo contorneado proximal, está situado próximo al glomérulo y termina en el túbulo colector.
- **Túbulo colector:** es un túbulo recto, donde confluyen los túbulos distales de varias nefronas.

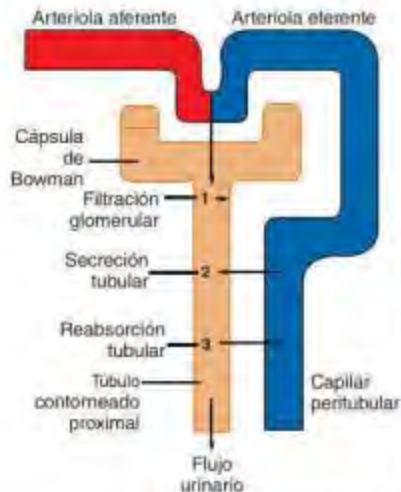
La función principal es filtrar la sangre para eliminar los productos inservibles para el organismo.

Regulación del equilibrio de líquidos y electrolitos y equilibrio ácido-base y control de la presión arterial

Formación del orina

Filtración, reabsorción, y secreción

Nefrona unidad estructural y funcional



Transporte de agua y solutos

Túbulo contorneado proximal: Reabsorción pasiva y activa de Sodio, cloro, bicarbonato, aminoácidos, glucosa, proteínas, potasio, urea y ácido úrico, además reabsorción pasiva de agua.

Asa de Henle: Rama descendente: Reabsorción de agua y secreción de urea
Rama ascendente: Reabsorción activa y pasiva de cloro, sodio y potasio, secreción de urea.

Túbulo contorneado distal: Reabsorción activa de sodio y pasiva de cloro, secreción de potasio.

Túbulo colector: Reabsorción de urea y agua, regulada por hormona antidiurética.

Excreción urinaria

Uréteres

Posterior al ingreso de la pelvis renal el orina por la unión uretero-pelviana pasa a los uréteres mediante ondas peristálticas hasta llegar a la vejiga.

Vejiga y uretra

La orina se acumula entre 200 o 300 mililitros con la estimulación de los receptores elásticos que transmiten estos impulsos hasta el centro de reflejo de la micción (Sacra). Viaja desde la medula espinal hasta el centro de micción de la corteza cerebral encargado de la supresión o inhibición de la orina.

Componentes y características de la orina

En general, un adulto elimina al día en torno a los 1500 mililitros de orina

Componentes

95% aproximado de agua
disueltas sustancias como:

Solutos inorgánicos: sodio,
potasio, cloruro, bicarbonato,
fosfato y sulfato.

Solutos inorgánicos p desechos
del metabolismo proteico: urea,
creatinina y acudo úrico.

Pigmentos

Hormonas

Característica

Turbidez: normal es
transparente y clara

Color: entre amarillo pálido y
ámbar oscuro

Olor: es característico y no
desagradable, en reposo huele
a amoniaco

Densidad: 1000 – 1020

Reacción o pH: Ácida – Ente 4,8
– 7,5

Aparato excretor

	Cantidad filtrada	Cantidad reabsorbida	Cantidad excretada	% de carga filtrada reabsorbida
Glucosa (g/día)	180	180	0	100
Bicarbonato (mEq/día)	4.320	4.318	2	- 99.9
Sodio (mEq/día)	25.560	25.410	150	99.4
Cloro (mEq/día)	19.440	19.260	180	99.1
Potasio (mEq/día)	756	664	92	87.8
Urea (g/día)	46.8	23.4	23.4	50
Creatinina (g/día)	1.8	0	1.8	0

Patologías frecuentes

Síndrome nefrítico

Afecciones con inflamación del glomérulo con aparición de hematuria, proteinuria y cierto grado de I. renal. Aumento de retención de Na y agua provoca **edema e hipertensión**.

Insuficiencia renal

Incapacidad de los riñones en eliminar desechos.

I. Renal aguda: Fallo repentino por alteración que provoca la insuficiencia. Reversible

I. Renal crónica: Deterioro irreversible. Fatiga, cefalea, anorexia, náuseas, sabor desagradable de la boca, sed, poliuria, confusión psíquica.

Síndrome nefrótico

Aumento de permeabilidad glomerular a proteínas causando descenso de proteína en sangre y edema. También con hiperlipidemia.

Pielonefritis

Infección bacteriana.
Fiebre, escalofríos,
dolores lumbares,
náuseas, vómito,
disuria y piuria.

Patologías frecuentes

Cistitis

Inflamación de la vejiga urinaria por afección ascendente de la uretra de microorganismo. escozor al orinar, urgencia urinaria, polaquiuria y tenesmo.

Litiasis

Presencia de cálculos en el riñón (nefrolitiasis) en vías urinarias (urolitiasis). Síntomas de cólico renal: dolor muy intenso que irradia desde la zona lumbar hasta los genitales y cara interna del muslo; náusea, vómitos, polaquiuria, hematuria, disuria y tenesmo rectal.

Tipos de incontinencia urinaria

Incontinencia de esfuerzo

Debilidad de los músculos pélvicos. toser, estornudar, reír, levantar algo pesado o realizar actividad física.

Rebosamiento

No se vacía por completo la vejiga, se acumula y llena demasiado y pierde orina.

Mixta

Por lo general entre incontinencia de esfuerzo y urgencia

Urgencia

Ocurre cuando tiene una fuerte necesidad (urgencia) de orinar y algo de orina se escapa antes de que pueda llegar al baño

Funcional

Ocurre cuando una discapacidad física o mental, problemas para hablar o algún otro problema le impide llegar al baño a tiempo. Artritis

Procedimientos y cuidados de enfermería

Sondaje vesical

Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina

- Controlar la incontinencia urinaria en pacientes incontinentes y críticos.
 - Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
 - Prevenir alteraciones relacionadas con la diuresis.

La técnica usada debe ser estéril y evitar el dolor con aplicación de lubricantes en la punta de la sonda, asegurar que exista presencia de orina o comprobar que este aplicada de forma correcta.

Aparato excretor

Sondaje vesical

Tipos de sonda según su duración

Intermitente y/o temporal

Retirada de sonda en tiempo cortos, en pacientes con retención urinaria, muestras estériles, prevención de infecciones en postoperatorio.

Permanente

Duración de tiempo mas largo permitiendo drenaje continuo de orina, uso igual que la anterior, agregando también para evitar diuresis, controlar la diuresis e irrigar la vesícula.

Sondaje vesical

Tipos de sonda

El extremo proximal puede unirse a un tubo que conecte con una bolsa de recogida de orina. Llamadas bolsas del sistema colector. Las sondas para hombres, mujeres o niños, se distinguen por su diámetro y su longitud:

40 cm de long y 16-18-20-22 : hombres.

20 cm de long y 14 y 16 mujeres.

20 cm de long y 6-10 niños

Sondaje vesical **Cuidados en paciente sondado**

Lavado de manos antes de la manipulación de la sonda, usar guantes.

No elevar la bolsa por encima de la vejiga urinaria

Vaciar la bolsa periódicamente

Evitar acodos u obstrucciones

Estimular el consumo de líquidos para evita la estasis de orina residual

Proporcionar las pautas necesarias para el autocuidado en pacientes con sonda permanente

Irrigación vesical

Se lleva a cabo para mantener la permeabilidad de la sonda vesical, eliminar obstrucción o irrigar la vejiga con medicación.
Se realiza solo cuando sea estrictamente necesario.

Intermitente

Sistema abierto: Introduce líquido de 50cc conectada al orificio de drenaje de la sonda

Sistema cerrado: Se conecta a la bolsa colectora y un equipo de goteo para alternar la irrigación y vaciado vesical.

Continua

Mediante sonda Foley de 3 vías con sistema de irrigación cerrado, se conecta en la luz de la sonda y la solución en un porta sueros.

Pacientes sin sondaje Cuidados de enfermería

Pacientes que por alguna alteración, discapacidad o autonomía no pueden hacer uso libre el urinario

Se usa orinales tipo **botella en hombres:**

Mediante uso de guantes esta técnica se usa directamente en el pene proporcionando la botella, en casos que amerite se asiste con la colocación de la botella entre las piernas introduciendo el pene en el sistema usado.

El orinal tipo **cuña** usado para mujeres en ayuda a la eliminación urinaria y fecal:

Se ubicara por debajo del glúteo con el paciente acostado, si el paciente no tiene movilidad se asiste en el movimiento lateral para introducir la cuña y luego acostarlo.

Con respecto de la eliminación en un paciente con irrigación vesical continua durante 24 horas. ¿Cuál es el resultado esperado?

Respuestas:

- Drenaje mayor que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje menor que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje igual que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje ausente de solución irrigada.

Con respecto de la eliminación en un paciente con irrigación vesical continua durante 24 horas. ¿Cuál es el resultado esperado?

Respuestas:

- **Drenaje mayor que la cantidad de solución irrigada.**
- Drenaje menor que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje igual que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje ausente de solución irrigada.

Como profesional de enfermería usted debe realizar un cateterismo para irrigación vesical continua a un paciente con hematuria. ¿Qué dispositivo elige para este procedimiento?

Respuestas:

- Sonda Foley de tres vías.
- Sonda Foley de dos vías.
- Sonda recta de Robinson.
- Sonda Nelaton.

Como profesional de enfermería usted debe realizar un cateterismo para irrigación vesical continua a un paciente con hematuria. ¿Qué dispositivo elige para este procedimiento?

Respuestas:

- **Sonda Foley de tres vías.**
- Sonda Foley de dos vías.
- Sonda recta de Robinson.
- Sonda Nelaton.

Para participar con acciones que contribuyan a la satisfacción de necesidades y solución de problemas inherentes al equilibrio hidroelectrolítico, el personal de enfermería realiza los siguientes cuidados: observar la alimentación, vigilar ingesta de líquidos, estado de piel y mucosas, eliminación urinaria e intestinal y sus alteraciones, y control de signos vitales. ¿Qué acción aplicaría para el control de la ingesta y excreción de líquidos?

Respuestas:

- Medir los líquidos que egresan de cualquier parte del organismo.
- Medir los líquidos que ingresan al organismo solamente administrados por vía oral.
- Hacer balance correspondiente en 6 horas, anotando horario de inicio y final.
- Medir los líquidos que ingresan al organismo por vía parenteral.

Para participar con acciones que contribuyan a la satisfacción de necesidades y solución de problemas inherentes al equilibrio hidroelectrolítico, el personal de enfermería realiza los siguientes cuidados: observar la alimentación, vigilar ingesta de líquidos, estado de piel y mucosas, eliminación urinaria e intestinal y sus alteraciones, y control de signos vitales. ¿Qué acción aplicaría para el control de la ingesta y excreción de líquidos?

Respuestas:

- **Medir los líquidos que egresan de cualquier parte del organismo.**
- Medir los líquidos que ingresan al organismo solamente administrados por vía oral.
- Hacer balance correspondiente en 6 horas, anotando horario de inicio y final.
- Medir los líquidos que ingresan al organismo por vía parenteral.

Paciente masculino de 78 años, asiste al servicio de emergencia del Hospital Básico por presentar trastornos en la micción, aumento de volumen en región suprapúbica y dolor. El familiar que lo acompaña manifiesta antecedentes de salud que lo han llevado al encamamiento prolongado, incontinencia urinaria y tratamiento con sondaje vesical permanente. Luego de la valoración realizada al usuario, el especialista indica al profesional de enfermería el cambio de la sonda vesical para evacuar vejiga y mejorar los síntomas que presenta. ¿Cuál es la sonda vesical indicada para este paciente?

Respuestas:

- Tamaño 40 cm, # 18 Fr, dos vías.
- Tamaño 22cm, #20 Fr, tres vías.
- Tamaño 30cm, #18 Fr, dos vías.
- Tamaño 15 cm, # 10Fr, dos vías.

Paciente masculino de 78 años, asiste al servicio de emergencia del Hospital Básico por presentar trastornos en la micción, aumento de volumen en región suprapúbica y dolor. El familiar que lo acompaña manifiesta antecedentes de salud que lo han llevado al encamamiento prolongado, incontinencia urinaria y tratamiento con sondaje vesical permanente. Luego de la valoración realizada al usuario, el especialista indica al profesional de enfermería el cambio de la sonda vesical para evacuar vejiga y mejorar los síntomas que presenta. ¿Cuál es la sonda vesical indicada para este paciente?

Respuestas:

- **Tamaño 40 cm, # 18 Fr, dos vías.**
- Tamaño 22cm, #20 Fr, tres vías.
- Tamaño 30cm, #18 Fr, dos vías.
- Tamaño 15 cm, # 10Fr, dos vías.

Aparato excretor

Eliminación intestinal



Aparato digestivo se conforma de boca, faringe, esófago, estómago, intestino, recto, ano.

Órganos accesorios: Glándulas salivales, hígado, vesícula biliar, páncreas.

Intestino Delgado

Se extiende desde el píloro hasta la unión ileocecal, mide unos 6 metros y 2,5 cm de diámetro.

Duodeno: es la primera parte del intestino delgado; de localización retroperitoneal. Tiene forma de C al adaptarse a la cabeza del páncreas. En su parte media desembocan el conducto **colédoco** (hepático) y el de **Wirrsung** (pancreático), que forman la ampolla de Vater (localizada en la carúncula mayor). En la carúncula menor (situada por encima de la anterior) desemboca el conducto de **Santorini** (pancreático accesorio) y las glándulas de **Brunner**. Su vascularización depende de la arteria mesentérica y sus ramas.

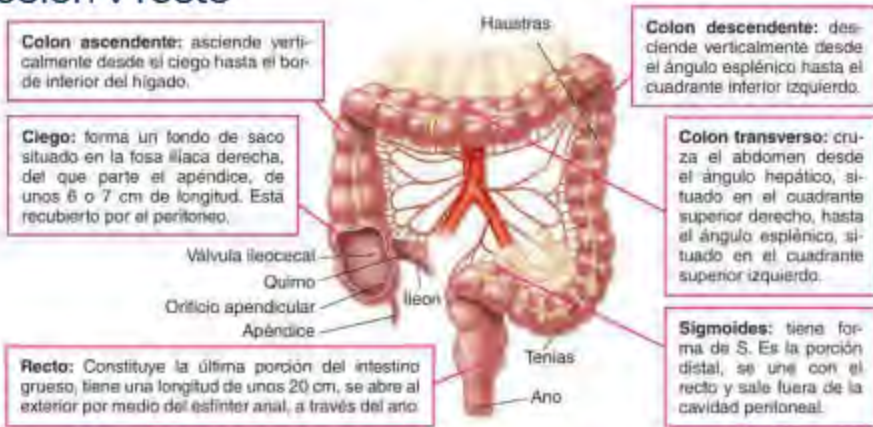


Yeyuno e ileon: es el resto del intestino delgado. Está suspendido de la pared abdominal gracias al mesenterio. Se dispone en asas que ocupan la cavidad abdominal, todas ellas dotadas de gran movilidad. En su parte inferior contiene la **válvula ileocecal**, que sirve de separación con el ciego.

Función: Absorción de productos terminales de digestión, secreción de hormonas que regulan jugo intestinal, bilis y jugo pancreático.

Intestino Grueso

Va desde la válvula ileocecal hasta el ano, mide 1,5 a 2 metros formado por el ciego, colon y recto



Función: Absorción del agua y eliminación de los productos de desechos.

Excreción

El quimo ya en el intestino delgado pasando todo el proceso de absorción llega a la válvula ileocecal donde los movimientos del intestino delgado causan que se abra el esfínter dejando que pase al colon. Los movimientos del colon favorecen el almacenamiento y deshidratación de su contenido.

En este nivel se reabsorbe lo que queda de agua, electrolitos, algunos ácidos grasos y vitaminas K y B.

En la segunda mitad del intestino grueso se almacena las materias fecales

La **excreción** tiene como finalidad la expulsión de los residuos de la digestión (materia fecal) a través del ano después de la absorción de las sustancias nutritivas.

Patologías frecuentes

Malabsorción

Absorción defectuosa de vitamina, minerales, agua. Diarreas, fiebre, anorexia, disminución de peso e intolerancia a distintos alimentos.

Colitis ulcerosa

Inflamación inespecífica del colon y recto por bacterias, virus, micótica, alteraciones psíquicas, reacción hiperegicas. Diarreas y heces mezcladas con sangre y moco, fiebre, anorexia, disminución peso e intolerancia.

Apendicitis

Inflamación aguda del apéndice vermicular por obstrucción de su luz, infección, cálculos, etc. Dolor abdominal epigástrico que se irradia a fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos, fiebre, lengua saburral, taquicardia.

Colon irritable

Trastorno funcional del colon por alteración del SNC o sistema neuromuscular. Ardor y pinchazos abdominales, dolor en región del colon, heces duras, pastosas o líquidas - falsa diarrea.

Patologías frecuentes

Diverticulosis

Herniaciones de la mucosa intestinal en zonas débiles de la pared intestinal, colon, Clínica similar a colon irritable.

Carcinoma intestinal

Aparece en general en el intestino grueso. Diarrea, estreñimiento, sangre en heces, sensación de plenitud, dolor de fosas iliacas, obstrucciones, perforaciones o hemorragia.

Gastroenteritis

Inflamación de la mucosa intestinal que altera la absorción por virus, bacterias, parásitos, toxinas químicas o fármacos. Diarrea, dolor abdominal, vómitos, cefalea, fiebre, escalofríos



Procedimientos y cuidados de enfermería

Sondas rectales

Se introducen a través del ano hasta el intestino grueso (recto y colon).
Miden 30 cm puede ser de látex o plástico.



Se emplea en la administración de enemas y para facilitar la evacuación de gases y de heces

Para la aplicación de sonda rectal en enemas la posición en el paciente es **decúbito lateral izquierdo o Sims**

Aparato excretor

Procedimientos y cuidados de enfermería

Sondas rectales

Para su administración el paciente se le pedirá que respire profundamente e introducir la sonda en dirección al ombligo

Para administrar enema se inserta: 7-10 cm
para evacuar gases 10-15 cm (adultos), Niños:
5-7,5cm, Bebe: 2,5-3,5 cm



Administración de enemas

Solución que se instila en el intestino grueso a través del recto para distenderlo, aumentar el peristaltismo y conseguir la expulsión de gases y heces.

Según su finalidad se clasifican en:

Enemas evacuadores o limpieza: Administración de solución que será expulsada eliminando heces, por lo general se usa para:

Preparar de intestino antes de cirugía abdominal.

Preparar de intestino para pruebas como colonoscopia.

Expulsar las heces en caso de estreñimiento.

Enemas de retención: La solución no debe evacuarse, el paciente debe intentar retenerla al menos 30 minutos. De aceite, medicamentos, contraste.

Enema de limpieza

Tipos de soluciones usadas:

Hipertónicas: extraen agua hacia el colon. Su efecto adverso es la retención de sodio.

Hipotónicas: distienden el colon, estimulan el peristaltismo y ablandan las heces. Su efecto adverso es el desequilibrio hidroelectrolítico.

Isotónicas: de las más seguras, distienden el colon y estimulan el peristaltismo. Su efecto adverso es posible retención de sodio.

De espuma: distienden el colon e irritan la mucosa. Su efecto adverso es la irritación y posible daño mucoso.

Enema de limpieza Cuidados de enfermería

Lavarse las manos ante todo procedimiento

Colocar al paciente en posición Sims antes de iniciar el procedimiento

El irrigador deberá estar a 40-50 cm por encima del paciente.

Lubricar la cánula del sistema, la introducción empezara con dirección hacia el ombligo y después horizontalmente.

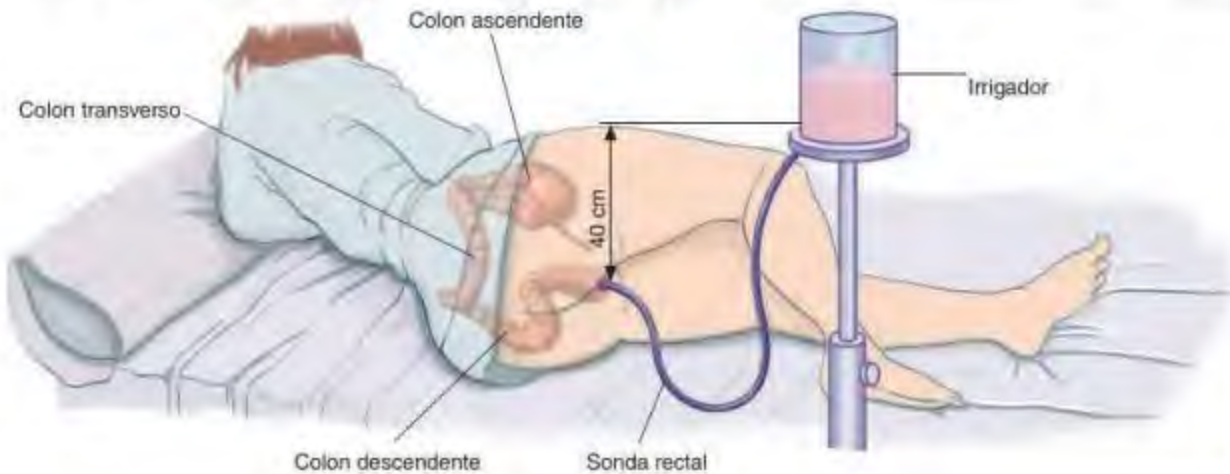
Si se presentan molestias o dolor cólico se detiene la solución y se pide respirar para tranquilizar y poder continuar con el proceso.

Terminada la irrigación pedirle al paciente que retenga solución por 5-10 minutos.

Poner la cuña y terminar con la limpieza del sitio.

Aparato excretor

Enema de limpieza Cuidados de enfermería



Aparato excretor

Enema de retención Cuidados de enfermería

La técnica de administración como las precauciones que se deben tener en cuenta son las mismas que a administración del enema de limpieza, la diferencia a tener en cuenta es que el paciente debe retener la sustancia de la solución administrada durante unos 30 minutos o el tiempo prescrito para favorecer la finalidad, que generalmente es de carácter terapéutico.



Aparato excretor

Enema de retención Cuidados de enfermería

Enema de retención de aceite	Se utiliza para lubricar la mucosa intestinal y reblandecer las heces. En adultos suelen administrarse de 150 a 200 ml de aceite de oliva templado a temperatura corporal. También ayuda a eliminar las sales de bario administradas para la realización de una radiografía de contraste.
Enema de medicación	Se absorbe por la mucosa intestinal y puede tener un efecto local o sistémico. Así, por ejemplo, un enema de neomicina previo a una cirugía del colon, antihelmíntico, antiséptico, etc.
Enema opaco (de contraste)	Su finalidad es diagnóstica. Permite visualizar el interior del intestino grueso (por radiología), después de introducir un enema de bario. Suele ser un preparado comercial al que hay que añadir agua y templarlo a temperatura corporal.

Aparato excretor

Cuidados del paciente ostomizado

Ostomía es el procedimiento o intervención quirúrgica mediante el cual se abre un orificio artificial (estoma) en la superficie abdominal externa, a fin de facilitar la eliminación del contenido intestinal.

Colostomía ascendente	Se realiza sobre el colon ascendente de pacientes con diverticulitis perforante, tumores inoperables del colon, traumatismos, etc. El paciente elimina heces acuosas o semisólidas de forma casi continua.
Colostomía transversa	Se hace sobre el colon transversal. Las indicaciones suelen ser las mismas que en el caso anterior, pero se usa con más frecuencia. Las heces suelen ser semisólidas.
Colostomía descendente o sigmoidea	Se practica sobre el colon descendente o sigmoideo. Está indicada en caso de cáncer de este tramo digestivo o del recto, la diverticulitis crónica, los traumatismos, etc. Es la más común de todas y la más fácil de controlar. Las heces están formadas y presentan cierta consistencia.
Ileostomía	Se practica sobre el íleon, generalmente por colitis ulcerosa, cáncer, enfermedad de Crohn, etc.

Cuidados del paciente ostomizado – Valoración

Color

Relacionada con la vascularización del tejido, puede ser rosada, roja, café o negra.

Tamaño y forma

Puede ser regular o irregular, grande o pequeño.

Altura

Puede ser retraída, plana, protruida a mas de 2,5 cm o mayor a 3 cm.

Localización

Puede estar en el cuadrante superior o inferior izquierdo o derecho

Construcción

Puede ser doble boca, asa, una boca

Piel - Viabilidad

Puede estar intacta o deteriorada, con eritema o maceración, color, integridad, turgencia

Aparato excretor

Cuidados del paciente ostomizado – Valoración

Efluente

Característica,
consistencia de los
desechos, heces
semilíquidas,
semisólidas, sólidas

Contorno abdominal

Puede ser flácido,
plano o con
pliegues

Sutura mucocutánea

Puede ser íntegra o
parcial



Aparato excretor

Cuidados del paciente ostomizado – Complicaciones

Tempranas <1 mes

Infección/absceso

Dehiscencia

mucocutánea

Sangrado

Necrosis

Hundimiento/retracción

Alteraciones cutáneas

Alteraciones

hidroelectrolíticas

Obstrucción intestinal

Tardías

Estenosis

Prolapso

Hernia paraestomal

Mal posición

Alteraciones cutáneas

Cuidados del paciente ostomizado – Valoración

Para la limpieza del estoma se debe realizar con agua y jabón neutro, en forma circular, de dentro hacia afuera, retirar los residuos dejados por la bolsa de ostomía y secar bien la zona con suaves movimientos de presión, nunca de frotación. Puede también dejarse secar al aire.

La bolsa del estoma se debe adaptar dejando un margen de 2-3 mm a fin de evitar una estrangulación de la zona.

Curso

Técnicas de inmovilización del paciente

Lcdo. Bryan Monserrate Macias

Las técnicas de inmovilización en enfermería son la que habitualmente tienen lugar una vez que se ha trasladado al paciente a un hospital o centro médico. Estas técnicas de inmovilización se realizan para limitar el movimiento a largo plazo y tienen por objetivo específico la curación de la lesión tras un plazo de tiempo determinado.

Inmovilizador con collarín cervical

Procedimiento que se realiza para realizar para estabilizar la columna cervical. Se descarta lesiones en la zona del cuello antes de colocar el collarín. Colocar la columna vertebral recta , descartar lesiones u obstáculos en el cuello, finalmente sujetar el collarín sin comprimir en exceso pero sin que llegue a quedar muy suelto.

Inmovilizador de cabeza

Procedimiento para evitar lesiones de columna vertebral y cuello en pacientes con lesiones en estas zonas; se evita movimientos innecesarios del cuello que puedan dañar la medula espinal.

Se utiliza de manera complementaria al collarín y a la camilla o el tablero espinal para conseguir una completa inmovilización cervical en pacientes que creamos que puedan presentar un traumatismo craneoencefálico o cervical. Para ello, primero debemos descartar hemorragias en el oído.

Inmovilización espinal

Para inmovilizar la columna vertebral utilizamos un inmovilizador de Kendrick, se previene daños adicionales en la columna vertebral y en la medula espinal, se realiza cuando se sospecha de lesión en la columna y medula espinal por trauma, caída, accidente, etc.

Inmovilización de extremidades

Cuando creamos que un paciente presenta una fractura en alguna extremidad, siempre que sea posible, conviene inmovilizarla para que esta no vaya a más. Después de hacer una valoración primaria y secundaria del paciente y comprobar que se pueden inmovilizar la zona sin dolor, debemos cortar la ropa de la zona si es necesario y despejarla totalmente, seleccionaremos la férula que se adapte más al tamaño de la extremidad, tomaremos el pulso radial o el pulso medio, comprobaremos la sensibilidad de la zona afectada y colocaremos la férula adecuada en cada caso.

Férula en U

La férula en U sirve para inmovilizar el brazo cuando se producen fracturas de la diáfisis humeral. Para colocar la férula el paciente debe permanecer sentado, con el codo flexionado 90° y con el antebrazo rotado de forma intermedia. Una vez que nos hemos asegurado de que la postura del paciente sea la correcta, los pasos son los siguientes:

Moldear la férula para inmovilizar el dedo en la posición adecuada.

Colocar la férula en la superficie dorsal del dedo.

Fijar la férula en el dedo con cinta adhesiva alrededor de cada falange para inmovilizar la articulación o las articulaciones que se desea tratar.



Inmovilización con yeso

La inmovilización con yeso es una técnica que se realiza en la enfermería y que sirve para mantener derecho e inmóvil un miembro del cuerpo lesionado.

Se prepara la piel del sitio afectado; posterior se prepara las capas a usar:

Guata: Venda de algo que va en contacto directo con la piel, el yeso no puede ir directo a la piel.

Yeso: Se mide la cantidad a usar y realizar los dables necesarios, en adultos 12 y 15 capas, niños de 6 a 8 capas.

Se moja el yeso y se moldea en la forma de la estructura anatómica afectada.

Po ultimo se fija la férula con **venda de gasa** sin hacer demasiada presión.

En la valoración postoperatoria de una ostomía, incluye la determinación de su color y turgencia, a que característica se está refiriendo:

Respuestas:

- Viabilidad de la ostomía.
- Tipo de ostomía.
- Altura de la ostomía.
- Construcción de la ostomía

En la valoración postoperatoria de una ostomía, incluye la determinación de su color y turgencia, a que característica se está refiriendo:

Respuestas:

- **Viabilidad de la ostomía.**
- Tipo de ostomía.
- Altura de la ostomía.
- Construcción de la ostomía

En el servicio de pediatría, se recibe un paciente en postoperatorio inmediato de ostomía, al evaluar la posibilidad de que el sistema colector que se va a colocar mantenga un sello seguro y evite la filtración del afluente por debajo de la barrera del sistema. ¿A qué característica de valoración corresponde?

Respuestas:

- Altura de ostomía.
- Tipo de ostomía.
- Viabilidad de ostomía.
- Construcción de ostomía

En el servicio de pediatría, se recibe un paciente en postoperatorio inmediato de ostomía, al evaluar la posibilidad de que el sistema colector que se va a colocar mantenga un sello seguro y evite la filtración del afluente por debajo de la barrera del sistema. ¿A qué característica de valoración corresponde?

Respuestas:

- **Altura de ostomía.**
- Tipo de ostomía.
- Viabilidad de ostomía.
- Construcción de ostomía

La altura de la ostomía es crucial porque determina como se ajusta y sella el sistema colector a la piel del paciente. Una ostomía que sobresale adecuadamente puede ayudar a garantizar un sello mas seguro, reduciendo el riesgo de filtraciones de afluentes por debajo de barrera del sistema.

El tipo de ostomía es importante para el tipo de afluente.

La viabilidad se refiere a la salud y función del estoma.

La construcción e la ostomía abarca como se realizo la cirugía y su configuración general.



Al aplicar enemas de limpieza con el objetivo de eliminar las heces, se emplean varias soluciones. ¿Qué tipo de solución estimula el peristaltismo aumentando el volumen en el colon e irritando la mucosa?

Respuestas:

- Espumosa.
- Hipotónica.
- Hipertónica.
- Isotónica.

Al aplicar enemas de limpieza con el objetivo de eliminar las heces, se emplean varias soluciones. ¿Qué tipo de solución estimula el peristaltismo aumentando el volumen en el colon e irritando la mucosa?

Respuestas:

- **Espumosa.**
- Hipotónica.
- Hipertónica.
- Isotónica.

Los enemas de limpieza tienen como objetivo eliminar las heces, para lo cual se usan varias soluciones. ¿Qué tipo de solución actúa mediante la extracción del líquido del espacio intersticial hacia el colon?

Respuestas:

- Hipertónica.
- Hipotónica.
- Isotónica.
- Espuma

Los enemas de limpieza tienen como objetivo eliminar las heces, para lo cual se usan varias soluciones. ¿Qué tipo de solución actúa mediante la extracción del líquido del espacio intersticial hacia el colon?

Respuestas:

- **Hipertónica.**
- Hipotónica.
- Isotónica.
- Espuma

Paciente de 50 años, atendida en emergencia, refiere dolor a nivel abdominal y no realiza deposición hace 5 días. A la valoración presenta signos vitales dentro de parámetros normales. Le prescriben enema evacuante. ¿Cuál es la posición para realizar este procedimiento?

Respuestas:

- Sims Izquierdo.
- Decúbito ventral.
- Decúbito supino.
- Genucubital.

Paciente de 50 años, atendida en emergencia, refiere dolor a nivel abdominal y no realiza deposición hace 5 días. A la valoración presenta signos vitales dentro de parámetros normales. Le prescriben enema evacuante. ¿Cuál es la posición para realizar este procedimiento?

Respuestas:

- **Sims Izquierdo.**
- Decúbito ventral.
- Decúbito supino.
- Genucubital.

Hombre de setenta años. Signos y síntomas: Presenta dificultad para orinar, dolor suprapúbico y un flujo de orina intermitente. Menciona que estos síntomas han empeorado en las últimas semanas. Revisión clínica o valoración: El profesional en salud realiza una palpación abdominal, encontrando una vejiga distendida. Se sospecha de retención urinaria aguda. El paciente tiene antecedentes de hiperplasia prostática benigna.

¿Cuál de las siguientes opciones podría ser la más adecuada para el manejo inicial de este paciente?

Respuestas

1. Realizar una cateterización vesical.
2. Administrar un diurético para aumentar la producción de orina.
3. Recomendar ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos pélvicos.

Hombre de setenta años. Signos y síntomas: Presenta dificultad para orinar, dolor suprapúbico y un flujo de orina intermitente. Menciona que estos síntomas han empeorado en las últimas semanas. Revisión clínica o valoración: El profesional en salud realiza una palpación abdominal, encontrando una vejiga distendida. Se sospecha de retención urinaria aguda. El paciente tiene antecedentes de hiperplasia prostática benigna.

¿Cuál de las siguientes opciones podría ser la más adecuada para el manejo inicial de este paciente?

Respuestas

1. Realizar una cateterización vesical.

2. Administrar un diurético para aumentar la producción de orina.

3. Recomendar ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos pélvicos.

La cateterización vesical es la intervención más adecuada para un paciente con retención urinaria aguda, especialmente cuando hay una vejiga distendida y dificultad para orinar. Este procedimiento permite el drenaje inmediato de la orina, aliviando el dolor suprapúbico y reduciendo el riesgo de daño renal o infecciones urinarias. En el caso de este paciente con antecedentes de hiperplasia prostática benigna, la cateterización ayuda a manejar la obstrucción urinaria causada por el agrandamiento de la próstata.

Las otras opciones no proporcionan un alivio inmediato ni son adecuadas para una situación de retención urinaria aguda.